

請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。
 上記の請求金額を次の口座に振込願います。

	銀行	支店	預金	口 座 番 号
口座名義 (カナ)				

令和 年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

住所 _____

氏名 _____

TEL () - _____

【担当者】 (上記と同一なら□にチェックしてください)

氏名 _____

TEL () - _____

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金あり	5,410		件	
2	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	8,010		件	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

課 名 健康政策課

発議番号 _____

消 費 税 額	上記金額に含む
合 計	

委託業務結果報告書

- 1 委託事業名 予防接種業務委託(高齢者肺炎球菌感染症予防接種)
- 2 委託期間 令和5年8月15日から令和6年3月31日まで
- 3 委託金額 円 (消費税及び地方消費税額を含む。)

(内訳)

自己負担あり @5,410円 × 件 = 円
自己負担なし @8,010円 × 件 = 円

上記委託事業のうち令和 年 月分業務を完了したので報告します。

令和 年 月 日

(あて先)金沢市長

住所

氏名

必要な関係書類を精査し、上記 令和 年 月分委託事業が完了したことを確認しました。

令和 年 月 日

健康政策課
検査員 課長 松本 尚人