

# 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	インフルエンザ予防接種	負担金あり	3,050		件	
2	インフルエンザ予防接種	負担金なし	4,450		件	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
					消 費 税 額	上記金額に含む
					合 計	

課 名 健康政策課

発議番号 \_\_\_\_\_



## 委託業務結果報告書

- 1 委託事業名 予防接種業務委託(高齢者インフルエンザ予防接種)
- 2 委託期間 令和6年10月1日から令和7年1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 @3,050円 × 件 = 円  
自己負担なし @4,450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

金沢市健康政策課  
検査員 課長 松本 尚人

1 委託事業名 予防接種業務委託(高齢者インフルエンザ予防接種)

2 委託期間 令和6年10月1日から令和7年1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) 件数、金額をご記入ください。

合計金額をご記入ください。

(内訳)

自己負担あり @3,050円 × 件 = 円

自己負担なし @4,450円 × 件 = 円

実施した年月日をご記入ください。

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

日付は記入しないでください。

住所・氏名・印は請求書と同様にしてください。

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

金沢市健康政策課  
 検査員 課長 松本 尚人