

# 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。

			口 座 番 号																						
銀 行	支 店	預 金	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">億</td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">万</td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">円</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円											
百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円															
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6年8月1日から令和7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