

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	新型コロナウイルス感染症 予防接種	負担金あり	10,660		件	
2	新型コロナウイルス感染症 予防接種	負担金なし	15,860		件	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

課 名 健康政策課

消費税額 上記金額に含む

発議番号

合 計

請求書 記入見本

求
書

請求額をいれてください。

金額

請求額の前に”¥”を必ず
いれてください。

手	百	十	万	千	百	十	円
¥	5	2	9	5	0		

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。

振込先の銀行名、支店名、口座番号、口座
名義(カタカナ)を記入ください

金沢銀行 銀行	市役所 支店	普通 預金	口 座 番 号						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
口 座 名 義 (カ ナ)	カナザワ タロウ								

(宛先) 金沢市長

日付は入れないでください

令和 年 月 日

郵便番号、ご住所、(原則)病院名、代表者名
(医師名)、電話番号を
記入・押印ください。

住 所 金沢市広坂 1-1-1

○○ 病院

氏 名 金沢 太郎

Tel (○○○) ○○○ - ○○○○

担当者と同一の場合は
□をしてください。
そうでない場合は氏名等を記入ください。

【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	3,030	10	件	30,300
2	インフルエンザ予防接種	負担金なし	4,530	5	件	22,650
3						
9						
10						
11						
12						

※注意

- ◎委託料の支払のために、請求書及び委託業務結果報告書を健康政策課に提出してください
- ◎請求書には、予防接種の種類(負担金の有りなし)ごとの数量、金額を記入してください。

数量を記入く

金額を計算して
記入ください。

委託料請求合計額を記入ください。

課 名 健康政策課

消 費 上記金額に含む

発議番号

合 計 52,950

(金沢市提出用) 7