

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	3,030		件	
2	インフルエンザ予防接種	負担金なし	4,530		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

請求書

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。

¥ 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														

日付は入れないでください

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

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

〇〇 病院

氏 名 金沢 太郎

TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

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						
※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(負担金のあり・なし)ごとの数量、金額を記入してください。						
9						
10						
11						
12						

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

発議番号

消 費

上記金額に含む

合 計

52,950

(金沢市提出用) 7