

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	高齢者帯状疱疹予防接種 ワクチン	負担金あり	5,200		件	
2	高齢者帯状疱疹予防接種 ワクチン	負担金なし	7,800		件	
3	高齢者帯状疱疹予防接種 組換えワクチン	負担金あり	14,000		件	
4	高齢者帯状疱疹予防接種 組換えワクチン	負担金なし	21,000		件	
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

請求額の前に
必ず
¥を記入してください。

求書

請求額を記入してください。

金額

手 百 十 万 千 百 十 円

¥ 2 3 6 6 0 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

住所 金沢市広坂1-1-1

郵便番号、ご住所、
(原則)病院名、代表者
名(医師名)、電話番号
を記入ください。

○○ 病院

氏名 金沢 太郎

Tel (○○○) ○○○ - ○○○○

氏名

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)

内訳						
番号	品名	規格等	単価	数量	単位	金額
1	高齢者帯状疱疹予防接種 生ワクチン	負担金あり	5,200	3	件	15,600
2	高齢者帯状疱疹予防接種 生ワクチン	負担金なし	7,800	5	件	39,000
3	高齢者帯状疱疹予防接種 組換えワクチン	負担金あり	14,000	10	件	140,000
4	高齢者帯状疱疹予防接種 組換えワクチン	負担金なし	21,000	2	件	42,000
5						
6						

※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。

件数を記入ください。

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。

12		消費税額	上記金額に含む
課名 健康政策課		合計	236,600

発議番号

(金沢市提出用) 7