

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	高齢者带状疱疹予防接種 生ワクチン	負担金あり	5,200		件	
2	高齢者带状疱疹予防接種 生ワクチン	負担金なし	7,800		件	
3	高齢者带状疱疹予防接種 組換えワクチン	負担金あり	14,000		件	
4	高齢者带状疱疹予防接種 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
“¥”を必ず
いれてください。

求 書

請求額をいれて
ください。

金 額

¥

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
口座名義 (カタナ)	カナザワ タロウ														

日付は入れないでください

(宛先) 金沢市長

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	高齢者带状疱疹予防接種 生ワクチン	負担金あり	5,200	3	件	15,600
2	高齢者带状疱疹予防接種 生ワクチン	負担金なし	7,800	5	件	39,000
3	高齢者带状疱疹予防接種 組換えワクチン	負担金あり	14,000	10	件	140,000
4	高齢者带状疱疹予防接種 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

課 名 健康政策課

発議番号

消 費 税 額

上記金額に含む

合 計

236,600

(金沢市提出用) 7