

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%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>												
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	8,200		件		
2	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	10,800		件		
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
						消 費 税 額	上記金額に含む
						合 計	

課 名 健康政策課

発議番号

請求書 記入見本

請 求 書

金額

請求額の前に“¥”を必ずいれてください。

請求額をいれてください。

千 百 十 万 千

¥ 1 3 6 0 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	座 番 号									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
口座名義 (カナ)	イ) 〇〇カイ リジチョウ 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

住所 金沢市広坂1-1-1

医療法人〇〇会 〇〇病院

氏名 理事長(院長) 金沢 太郎

TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

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。

担当者同一の場合は☑をしてください。そうでない場合は氏名等・電話番号を記入ください。

【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	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金あり	8,200	10	件	82,000
2	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	10,800	5	件	54,000
3						
4						
5	<p>※注意</p> <p>◎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。</p> <p>◎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。</p>					
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

数量を記入ください。

金額を計算して

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

消費税額

上記金額に含む

合 計

136,000