

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	令和7年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金あり	8,200		件	
2	令和7年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	10,800		件	
3	令和8年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金あり	7,200		件	
4	令和8年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	10,800		件	
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
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

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

¥ 8 4 8 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

郵便番号、ご住所、
(原則) 病院名、役職、
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 院長 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	令和7年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金あり	8,200	2	件	16,400
2	令和7年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	10,800	1	件	10,800
3	令和8年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金あり	7,200	5	件	36,000
4	令和8年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種	負担金なし	10,800	2	件	21,600
5						

※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

件数を記入くださ

金額を計算して
記入ください。

9						
10						
11						
12						

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

84,800