

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 生ワクチン	負担金あり	5,200		件	
2	高齢者帯状疱疹予防接種 生ワクチン	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

発議番号

消 費 税 額

上記金額に含む

合 計

(金沢市提出用) 8

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

¥

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、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	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

※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。

8						
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

236,600