

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	
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	インフルエンザ予防接種	負担金あり	3,050		件	
2	インフルエンザ予防接種	負担金なし	4,450		件	
3						
4						
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

請求書

請求額をいれてください。

金額	千	百	十	万	千	百	十	円
				5	2	7	5	0

請求額の前に“¥”を必ずいれてください。

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

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・押印ください。

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	インフルエンザ予防接種	負担金あり	3,050	10	件	30,500
2	インフルエンザ予防接種	負担金なし	4,450	5	件	22,250
3						
4	<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>					
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

数量を記入ください。

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。

課名 健康政策課

発議番号

消費

上記金額に含む

合計

52,750

委託業務結果報告書

1 委託事業名 予防接種業務委託(高齢者インフルエンザ予防接種)

2 委託期間 令和5年10月2日から令和6年1月31日まで

3 委託金額 円 (消費税及び地方消費税額を含む)

(内訳)

自己負担あり @3,050円 ×	件 =	円
自己負担なし @4,450円 ×	件 =	円

上記委託事業のうち令和 年 月分業務を完了したので報告します。

令和 年 月 日

(あて先)金沢市長

住所

氏名

必要な関係書類を精査し、上記令和 年 月分委託事業が完了したことを確認しました。

令和 年 月 日

検査員 金沢市健康政策課
課長 松本 尚人

1 委託事業名 予防接種業務委託(高齢者インフルエンザ予防接種)

2 委託期間 令和5年10月2日から令和6年1月31日まで

3 委託金額 円 (消費税及び地方消費税額を含む)

合計金額をご記入ください。

(内訳)

自己負担あり @3,050円 × 件 = 円

自己負担なし @4,450円 × 件 = 円

件数、金額をご記入ください。

実施した年月日をご記入ください。

上記委託事業のうち令和 年 月分業務を完了したので報告します。

令和 年 月 日

(あて先)金沢市長

日付は記入しないでください。

住所・氏名・印は請求書と同様にしてください。

住所

氏名

必要な関係書類を精査し、上記 令和 年 月分委託事業が完了したことを確認しました。

令和 年 月 日

検査員

金沢市健康政策課

課長 松本 尚人