

おたふくかぜ予防接種委託契約実施報告書

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地及び名称

代表者氏名

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名 電話)

委託契約に基づき、おたふくかぜ予防接種委託業務を下記のとおり実施しましたので、委託契約第6条の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

記

予防接種名	委託単価	件 数	委託料
おたふくかぜ	4,000円	件	円
合 計		件	円

【感染症対策課確認欄】

受 付 印	確 認			
	課 長	係 長	係	照 合

例

おたふくかぜ予防接種委託契約実施報告書

(令和 7 年 7 月分)

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地及び名称 鹿児島市山下町11番1号
〇〇法人 〇〇会 〇〇クリニック
代表者氏名 理事長 鹿児島 太郎

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名 薩摩 花子 電話 〇〇-〇〇〇〇)

委託契約に基づき、おたふくかぜ予防接種を実施するため、委託契約第6条の規定に基づき、

(押印する場合)

契約書の印鑑と同じものを押下

(押印を省略する場合)

担当者名(フルネーム)と電話番号を記入

予防接種名	委託単価	件 数	委託料
おたふくかぜ	4,000円	10件	40,000円
合 計		10件	40,000円

【感染症対策課確認欄】

受付印	確 認			
	課 長	係 長	係	照 合

(見 積 書 有 ・ 無)
(支 払 方 法 ① 口座振替払 … M T 2 直接払 3 口座振替払 … M T 外)
(支 払 予 定 日) (審 査 決 裁 区 分 会 ・ 室 ・ 係)

注 意
一 金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に〒字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。

課 名	感染症対策課		令 和 7 年 度	支出(還付) 命 令 番 号	第 号
1 契約課係長 2 代 行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	① 歳 入 出 2 歳 計 外 付 3 歳 基 金 4 基 金	会 計	01
	月 日	月 日		款	04
No.				契約番号	第 号

請 求 書

金 額		拾 億 千 百 拾 万 千 百 拾 円
-----	--	---------------------

件名 おたふくかぜ予防接種委託料 (令和 年 月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願います。 (希望の番号を○囲みする)

① 口座振替払(下記口座のとおり) 2 現 金 払
年 月 日

住 所

氏 名 ・ 印

登 録 番 号

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名

電話

)

鹿 児 島 市 長 下 鶴 隆 央 殿

[口 座 振 込 先]

請求番号

金 融 機 関 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義
銀行 (金庫)	普 通 当 座		フリガナ
店	別 段 貯 蓄		

内 訳 (① 次のとおり 2 別紙のとおり)

軽減税率対象品目は品名等の右端に「※」をご記入ください。

品 名 等	数 量	単 位	単 価	金 額	備 考
委託料一式	—	—	円	円	
税区分	課税対象外		8%対象		10%対象
税抜額合計			円		円
消費税及び地方消費税額					
税込額合計(小計額)			円		
総合計(請求金額)					

(見 積 書 有・無)
(支 払 方 法 ① 口座振替払…MT 2 直接払 3 口座振替払…MT外)
(支 払 予 定 日) (審 査 決 裁 区 分 会 ・ 室 ・ 係)

注意
金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。

課 名	感染症対策課	令 和 7 年 度	支出(還付) 命令番号	第 号
1 契約係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領 月 日	会 計	01
		① 歳 入 2 歳 計 3 歳 外 4 基 現 出 付 金 金	款	04
No.			契約番号	第 号

例

請 求 書

金 額	拾 億 千 百 拾 万 千 百 拾 円	¥ 4 0 0 0 0
-----	---------------------	-------------

件名 おたふくかぜ予防接種委託料 (令和 7 年 7 月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願います。

① 口座振替払(下記口座のとおり)
年 月 日

住 所 鹿児島市●●●丁目●番●号
氏 名・印 ●●●法人 ●●●会
登 録 番 号 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名 鹿 児 島 市 長 下 鶴 隆 央 殿 電話)

[口 押印を省略する場合、担当者名(フルネーム)と電話番号を記入してください。]

金 融 機 関 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義
薩摩	銀行(金庫)	123456	フリガナ マルマルホウジンマルマルカイリジョウウカゴシマタロウ
本 店	普通 当 座 別 段 貯 蓄		〇〇法人〇〇会 理事長 鹿児島 太郎

内 訳 (① 次のとおり 2 別紙のとおり)

軽減税率対象品目は品名等の右端に「※」をご記入ください。

品 名 等	数 量	単 位	単 価	金 額		備 考
委託料一式	—	—	円 —	円 40,000		
税区分	課税対象外			8%対象	10%対象	
税抜額合計				円	円 36,364	
消費税及び地方消費税額					3,636	
税込額合計(小計額)	円				40,000	
総合計(請求金額)					40,000	