

(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 5 年度	支出(還付)命令番号	第 号	
1 契約係長 2 代行	1 物品検取 2 履行確認	物品受領	1 歳入 2 歳計 3 歳外 4 基	会計	01	
	月 日	月 日		出付金 入還現 金	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 **骨髄移植等によるワクチン再接種委託料** (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)	普通座		フリガナ	
店	別貯蓄			

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 5 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	① 歳入 ② 歳計 ③ 歳外 ④ 基 出付 還現 入金 金金	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
¥					7	7	9	1	3	

件名 **骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 (令和 5年 10 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)

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ジツョウカゴシマ知ウ
本	店		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	77,913	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	70,830	円
消費税及び地方消費税額				7,083	
税込額合計(小計額)			円	77,913	
総合計(請求金額)				77,913	

押印をする場合、契約書の印鑑と同じものを使用してください。

理事長印

適格請求書発行事業者の場合、こちらに適格請求書発行事業者登録番号をご記入ください。

令和5年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託契約実施報告書

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

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、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 (円)
4種混合	11,660円	件	円
3種混合	6,061円	件	円
ポリオ	10,395円	件	円
BCG	11,330円	件	円
ヒブワクチン	8,954円	件	円
小児用肺炎球菌	12,320円	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1期	件	円
	第2期	件	円
風しん	第1期	件	円
	第2期	件	円
2種混合	5,005円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例 (1期・2期含む)	件	円
子宮頸がん (2価又は4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,350円	件	円
B型肝炎	6,769円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,663円	件	円
ロタウイルス (5価)	9,636円	件	円
その他(ヒブ 9月以降)	9,242円	件	円
その他 ()		件	円
その他 ()		件	円
合計		件	円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合

令和5年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託契約実施報告書

(令和 5年 10月分)



所在地及び名称
代表者氏名

令和 年 月 日
鹿児島市●●丁目●番●号
●●法人 ●●会
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 電話番号)

委託契約に基づき、予防接種委託業務を下記のとおり
の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

押印をする場合は契約書の印鑑と
同じ物を使用してください。
押印を省略する場合は担当者の
氏名と電話番号の記入をお願いし

6条

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料(円)
4種混合	11,660円	2件	23,320円
3種混合	6,061円	件	円
ポリオ	10,395円	件	円
BCG	11,330円	1件	11,330円
ヒブワクチン	8,954円	件	円
小児用肺炎球菌	12,320円	2件	24,640円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	1件	11,110円
麻しん	第1期	1件	7,513円
	第2期	件	円
風しん	第1期	件	円
	第2期	件	円
2種混合	5,005円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例 (1期・2期含む)	件	円
子宮頸がん (2価又は4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,350円	件	円
B型肝炎	6,769円	件	円
ロタウイルス(1価)	14,663円	件	円
ロタウイルス(5価)	9,636円	件	円
その他(ヒブ 9月以降)	9,242円	件	円
その他()		件	円
その他()		件	円
合計		7件	77,913円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合