

請求書作成の際のお願い

提出前に不備がないか再度ご確認ください。

(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)

課名	感染症対策課		令和 3 年度	支出(還付) 命令番号	第 号
1 契約係長	1 物品検収	物品受領	① 歳 出	会計	01
2 代行	2 履行確認	月 日	2 歳入還付	款	04
		月 日	3 歳計外現金	契約番号	第 号
No.			4 基金		

請 求 書

金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
			¥	1	2	3	1	5	6	0

実施報告書で算出した金額をご記入ください。金額の頭に¥マークを付けてください。

実施月をご記入ください。

件名 **新型コロナウイルスワクチン接種委託料** (令和 3 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。(希望の番号を○囲みする)

① 口座振込払 (下記口座のとおり) 2 現金払

令和××年××月××日

住 所 鹿児島市●●▲丁目●番●号

氏名・印 ●●●法人 ●●●会 ●●●病院

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)

鹿児島市長 下 鶴 隆 央 殿

[口座振込先]

金融機関名	種別	口座番号	請求番号	口座名義
薩摩 銀行 (金庫)	普通 当座 別段	123456		フリガナ マルマルホウジンマルマルカイシチョウカゴシマクロウ
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)

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
委託料一式	—	—	—	1,231,560	
計				1,231,560	

内訳として請求金額をご記入ください。数量や単価の記入は不要です。

請求金額をご記入ください。

事務処理の都合上、提出日欄は記入しないようお願いいたします。

代表者の押印を省略する場合は、請求事務担当者の氏名(フルネーム)と電話番号をご記入ください。※代表者押印は省略できますが、住所や氏名の記載は省略できません。

①医療法人の場合…法人名+病院名+代表者肩書(理事長等)+代表者氏名
②個人事業の場合…病院名+代表者肩書(院長等)+代表者氏名

①医療法人の場合…法人理事長印 または法人印+理事長認印
②個人事業の場合…代表者認印
※①②ともに押印省略→担当者氏名+連絡先の記入でも可

実施報告書作成の際のお願い

提出前に不備がないか再度ご確認ください。

3 新型コロナウイルス感染症の予防接種に係る委託契約 実施報告書

(令和 3 年 12 月分)

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地及び名称

鹿児島市 ●●▲丁目●番●号
●●●●法人 ●●●●会 ●●●●病院

代表者氏名

理事長 鹿児島 太郎 (理事長印)
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)

手続に基づき、新型コロナウイルス感染症の予防接種委託業務を下記の実施しましたので、関係書類を添付し報告します。

実施月をご記入ください。

事務処理の都合上、提出日欄は記入しないようお願いいたします。

①医療法人の場合
法人名+病院名+代表者肩書(理事長等)+代表者氏名

②個人事業の場合
病院名+代表者肩書(院長等)+代表者氏名

代表者の押印を省略する場合は、
請求事務担当者の氏名(フルネーム)と
電話番号をご記入ください。

①医療法人の場合…法人理事長印 または法人印+理事長認印
②個人事業の場合…代表者認印

※①②ともに押印省略→担当者氏名+連絡先の記入でも可

種別	6歳未満(時間外)		6歳以上(時間外)	
	件数	金額	件数	金額
予診のみ	6歳未満(時間外)			
	6歳未満(休日)			
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1件	1,694円	
	6歳以上(時間外)	1件	2,497円	
	6歳以上(休日)			
	小計	2件	4,191円	
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)			
	6歳未満(時間外)			
	6歳未満(休日)			
	6歳以上(時間外・休日分除く)	15件	34,155円	
	6歳以上(時間外)			
	6歳以上(休日)	6件	27,720円	
	小計	21件	61,875円	
合計		23件	66,066円	

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長 係長 係 照合			
	課長	係長	係	照合