

令和7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)
5種混合	20,526円	件	円
4種混合	11,726円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,308円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	7,579円	件	円
風しん		件	円
2種混合	5,071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)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (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	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス (5価)	9,669円	件	円
その他 ( )	円	件	円
その他 ( )	円	件	円
その他 ( )	円	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7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7年 4月分)

**例**

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実施し、  
条の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

記

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

予防接種名	委託単価	件数	委託料(円)
5種混合	20,526円	1件	20,526円
4種混合	11,726円	2件	23,452円
3種混合	6,127円	1件	6,127円
ポリオ	10,461円	1件	10,461円
BCG	13,046円	1件	13,046円
ヒブワクチン	9,308円	1件	9,308円
小児用肺炎球菌	15価	2件	24,772円
	20価	1件	12,386円
麻しん・風しん 混合	第1期	1件	11,176円
	第2期	1件	11,176円
麻しん	第1・2期	1件	7,579円
風しん	第1・2期	1件	7,579円
2種混合	5,071円	1件	5,071円
日本脳炎	第1期	1件	8,041円
	第2期	1件	7,216円
	特例 (1期・2期含む)	1件	7,216円
子宮頸がん (2価)	小6～高1	1件	16,841円
	キャッチアップ	1件	16,841円
子宮頸がん (4価)	小6～高1	1件	16,841円
	キャッチアップ	1件	16,841円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	1件	26,994円
	キャッチアップ	1件	26,994円
水痘	9,416円	1件	9,416円
B型肝炎	6,835円	1件	6,835円
ロタウイルス(1価)	14,696円	1件	14,696円
ロタウイルス(5価)	9,669円	1件	9,669円
その他( )	円	1件	円
その他( )	円	1件	円
その他( )	円	1件	円
<b>合計</b>		9件	123,805円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合



(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 契約課係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	<b>1</b> 歳 2 歳 入 還 3 歳 計 外 現 4 基 出 付 金 金	会 計	01
	月 日	月 日		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
				¥	1	2	3	8	0	5

件名 骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 (令和7年4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は、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)	普通	123456	フリガナ マルマルホウジンマルマルカイジチョウカゴシマタクウ
本店	当座別貯蓄		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	123,805	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	112,550	
消費税及び地方消費税額				11,255	
税込額合計(小計額)			円	123,805	
総合計(請求金額)				123,805	