

入 札 書

入 札 額 _____ 円(回収医療機関・薬局1箇所当たり)

件 名 _____ 令和7年度鹿児島市医療費助成金支給申請書回収等業務

鹿児島市契約規則を守り上記のとおり入札します。

令和 年 月 日

住 所
商号又は名称
代表者氏名

代理人住所
氏名

契約担当者
鹿児島市長 殿

注) 入札金額は、契約希望金額の110分の100に相当する金額を記載すること。