（様式４）

見　積　書

令和　　年　　月　　日

尼　崎　市　長　あて

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

件　名　　尼崎市国民健康保険特定健診受診率向上対策等業務

金　額（税抜き）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取引に係る消費税及び地方消費税の額

　　　　　　　　　　　　　　　　円

※内訳明細書を別途添付すること。