【様式３】

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　　尼崎市障害者福祉総合システム標準化対応に伴う移行作業業務

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。