

(様式第 6 号)

焼津市障害者等相談支援事業業務委託

自 契約締結日 至 令和9年3月31日

法人名 : \_\_\_\_\_

※必要科目を記載の上提出お願いします。

単位：円

科 目	数 量	単 位	単 価	金 額	摘 要
人件費支出					
小 計				0	
事務費支出					
小 計				0	
消 費 税					
合 計					