（参 考 様 式）

令和○○年○○月○○日

積　算　内　訳　書

（発注者名）

　沖縄県病院事業管理者

病院事業局長　本竹　秀光　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（商号又は名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）ＴＥＬ　○○○－○○○○

　業務名：

〈内　訳〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費名称 | 数　量 | 単　位 | 単　価 | 金　額 |
| イ　直接人件費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ロ　諸経費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ハ　技術料等経費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 二　特別経費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ホ　消費税相当額 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| へ　申請手数料等　注1） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 業務等委託料　注2） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※この様式を使用する場合は、発注業務内容に応じて適宜、追加、修正等を行った上で作成すること。

注1）　計画通知等申請手数料は非課税額として見積る契約金額に含まれる。

注2）　入札書に記載する金額は、消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった契約希望金額の１１０分の１００に相当する金額である。