　　　年　　月　　日

様式８

（宛先）大田区長

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

経　費　見　積　書

「大田区被保護者健康管理支援事業」の経費の見積額は下記のとおりです。

記

見積金額

委託業務一式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

消費税相当額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

合　　　　計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

※　見積金額の積算根拠を明らかにしていただくために、内訳書も併せてご提出ください。

　（指定の様式はございません）