様式第１号（用紙 日本産業規格Ａ４縦型）

委託業務実施（変更）計画書

令和　年　月　日

地方独立行政法人

静岡県立病院機構静岡県立総合病院

院長　井上　達秀　　様

所在地

名称

代表者職・氏名

令和　年　月　日付けで締結した令和７年度聴覚障害児療育モデル事業における通訳派遣業務委託契約書第５条の定めにより、委託業務実施（変更）計画書を下記のとおり提出します。

記

　１　委託業務名　令和７年度聴覚障害児療育モデル事業における通訳派遣業務委託

　２　委託期間　令和　年　月　日から令和８年２月28日まで

　３　業務内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発行責任者 | 職名・氏名 |  |
| 担当者 | 所属・氏名 |  |
| 連絡先 |  |

様式第２号（用紙 日本産業規格Ａ４縦型）

委託業務費収支予算書（収支変更予算書・収支決算書）

収　　入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　目 | 予算額  （変更予算額）  （決算額） | （予算額） | 増　　減 | 説　　明 |
|  | 円 | 円 | 円 |  |
| 計 |  |  |  |  |

支　　出

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　目 | 予算額  （変更予算額）  （決算額） | （予算額） | 増　　減 | 説　　明 |
|  | 円 | 円 | 円 |  |
| 計 |  |  |  |  |

様式第３号（用紙 日本産業規格Ａ４縦型）

委託業務実績報告書

令和 年 月 日

地方独立行政法人

静岡県立病院機構静岡県立総合病院

院長　井上　達秀　様

所在地

名称

代表者職・氏名

令和　年　月　日付けで締結した令和７年度聴覚障害児療育モデル事業における通訳派遣業務委託契約書第８条の定めにより、委託業務実績報告書を下記のとおり提出します。

記

　１　委託業務名　令和７年度聴覚障害児療育モデル事業における通訳派遣

業務委託

　２　委託期間　令和　年　月　日から令和　年　月　日まで

　３　業務完了年月日　令和　年　月　日

　４　業務内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発行責任者 | 職名・氏名 |  |
| 担当者 | 所属・氏名 |  |
| 連絡先 |  |

様式第４号（用紙 日本産業規格Ａ４縦型）

委託業務費（前金払）請求書

金 円

ただし、令和　年　月　日付けで締結した令和７年度聴覚障害児療育モデル事業における通訳派遣業務委託契約書第４条に定める委託費として、上記のとおり（前金払）請求します。

令和　年　月　日

地方独立行政法人

静岡県立病院機構静岡県立総合病院

院長　井上　達秀　様

所在地

名称

代表者職・氏名

口座振替先金融機関名

支店名

口座種別 Ｎｏ．

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発行責任者 | 職名・氏名 |  |
| 担当者 | 所属・氏名 |  |
| 連絡先 |  |