（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）佐久広域連合長

所　在　地：

法　人　名：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　㊞

参　考　見　積　書

佐久広域連合障害者相談支援センター相談支援業務委託（障がい児・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者）の内容を承諾のうえ、下記の金額を見積もります。

１　業務種別　　相談支援業務（●●●）

２　見積金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見積金額 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

見積金額は、５年間の総額としてください。

見積金額には**消費税及び地方消費税は含みません。**

見積金額の先頭に「¥」を記載してください。

３　年度別内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 令和６年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和７年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和８年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和９年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和10年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |