質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

豊田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名及びﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）

　豊田市定額減税補足給付金（不足額給付）支給業務委託における業者選定プロポーザルについて、下記の質問をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 回答 |
|  |  |

※用紙が足りない場合は、追加して作成してください。