様式４－２　　（請求委任医療機関用）

年　　月　　日

（宛先）秋田市長

住　　所
団 体 名
代表者名

秋田市風しん抗体検査委託料請求書

秋田市風しん抗体検査費助成事業委託契約書第８条第１項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求金額　　円

請求内訳

実施月	実施医療機関数	検査件数（Ａ）	単価（Ｂ）	金額（Ａ）×（Ｂ）
年　月	件	件	６，１１６円	円

※明細は、様式３－２「秋田市風しん抗体検査実施報告書（請求委任医療機関用）」のとおり
※検査件数は、検査結果を対象者に通知した件数を計上すること。

【振込先】

秋田市風しん抗体検査費助成事業業務委託契約書第８条第２項の規定により、様式３－２「秋田市風しん抗体検査実施報告書（請求委任医療機関用）」に記載の各医療機関の口座に振り込んでください。

【発行責任者および担当者】

発行責任者：	連絡先：
担　当　者：	連絡先：

※記入上の注意　・請求書について訂正があった場合は、訂正箇所にかかわらず原則再提出となります。