様式４－１　　（直接請求医療機関用）

年　　月　　日

（宛先）秋田市長

医療機関所在地
医 療 機 関 名
開　設　者　名
代表者職・氏名

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	検査件数（Ａ）	単価（Ｂ）	金額（Ａ）×（Ｂ）	備考
年　月	件	６，１１６円	円	

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】

金融機関名　　銀行	本・支店名
預 金 種 別　　普通・当座	口 座 番 号
フリガナ 口座名義	

【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　・請求書および報告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。