様式４

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　　印
（電話番号　　）

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	５，７７８円	円	
合計	件		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	

※記入上の注意　・「請求金額」の訂正されたものは受付できません。
・文字の訂正には訂正印が必要です。（訂正印は請求印と同一のものとする。）