

(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
 (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	6,094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		

※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。