

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

(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・協同組合 金庫・信用組合	本・支店名	本店・支店 支所・出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。