様式４－１

令和　　年　　月　　日

（宛先）秋田県知事

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　　　　　　　　　　　　　　）

**秋田県風しん抗体検査委託料請求書**

　秋田県風しん抗体検査事業委託契約書第８条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 |
| 令和　　年　　月 | 件 | ６，０２８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

口座振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名　（　　　　　　　　　　　　）　店舗名　（　　　　　　　　　　）  　預金種別　　（１ 普通、 ２ 当座、 ３ その他）  （右づめ）   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |   口座名義（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）（カタカナ書き） |