様式４－２

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　　　　　　　　　　　　　　）

登　録　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（税込）

【請求内訳】

実 施 月　　令和　　　　年　　　　月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査年月日 | 検査件数(※)（ A ） | 単価（税抜）( B ) | 消費税額(10%)( C ) | 請求額（ A×(B＋C) ） | 備考 |
| ～R6.5.31 | 件 | 5,480円 | 548円 | 円 | 1件あたりの税込額6,028円 |
| R6.6.1～ | 件 | 5,540円 | 554円 | 円 | 1件あたりの税込額6,094円 |
|  | 10%対象（ A×(B＋C) ） | 円 | 消費税額（ A×C ） | 円 |

※「検査件数」は、検査結果を対象者に通知した件数を計上

【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） |

備考　適格請求書として発行する場合は、適格請求書として必要な事項を記入してください。