

(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)

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

(右づめ)

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。