

(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
~R8. 5. 31	件	5, 540 円	554 円	円	1 件あたりの 税込額 6, 094 円
R8. 6. 1~	件	5, 560 円	556 円	円	1 件あたりの 税込額 6, 116 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	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (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。