

鹿児島市長 殿
市区町村番号

請求年月日 令和7年3月31日

4	6	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

住所

氏名・印

押印を省略する場合は、記入してください。
(担当者：氏名 電話)

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号：

医療機関・健診機関名称：

請求年月 2025年3月分

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に
口座振替されるよう依頼します。

(金融機関コード)		(支店名コード)	
振込先	銀行(金庫)	支店名	店
預金種目	普通・当座・()	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

		税込単価	件数	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	1,419円	件	円
	②健診・EIA法	2,948円	件	円
	③HI法	5,423円	件	円
	④EIA法	6,952円	件	円
	⑤夜間休日・HI法	5,973円	件	円
	⑥夜間休日・EIA法	7,502円	件	円
	小計		件	円
合計		件	円	

消費税率 10%

受付印	確認			
	課長	係長	係	照合