

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 |
| | | | | |