

尾道市長 様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

3	4	2	0	5	0
---	---	---	---	---	---

住所

医療機関名

代表者氏名

電話番号

印

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

年 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。

(金融コード)		(支店名コード)	
振込先		支店名	
預金種目		口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

消費税率	10%
------	-----

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。

責任者氏名		電話番号	
担当者氏名		電話番号	