様式４

年　　月　　日

　岩手県知事　様

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**岩手県風しん抗体検査委託料請求書**

　岩手県風しん抗体検査事業委託契約書第８第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

請求内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施月 | 検査方法 | 検査件数  (Ａ) | 単価  (Ｂ) | 金額  (Ａ)×(Ｂ) | 備考 |
| 年　　月 | ＨＩ法 | 件 | 6,094円 | 円 |  |
| ＥＩＡ法 | 件 | 6,750円 | 円 |  |
| 合計 | | 件 |  | 円 |  |

※　「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること

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）  （右づめ）   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |   口座名義（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（カタカナ書き） |