

茅ヶ崎市長 様

市区町村番号

1	4	2	0	7	7
---	---	---	---	---	---

風しん対策 市区町村別請求書

住所（所在地）

氏名（名称）

（代表者役職）

（代表者名）

印※

※押印を省略する場合のみ「発行責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

	役職	氏名	電話連絡先
発行責任者			
担当者			

- ・責任者とは、代表取締役や支店長、営業所長など、社内において権限の委任を受けた役職員とします。
- ・担当者とは、本取引に係る事務担当者とします。責任者と担当者は同じでも構いません。

医療機関・健診機関番号

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。

（金融コード）		（支店名コード）	
振込先		支店名	
預金種目	1：普通 2：当座	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。