様式第７号

請　求　書（　　年　　月～　　月）

（アラビア数字で記載し、頭書に￥の記号を付し、訂正しないでください。）

金　額	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円

（内訳）　風しん抗体検査（ＨＩ法）

＠６，０２８　×　　件　＝　　円

風しん抗体検査（ＥＩＡ法）

＠７，４２５　×　　件　＝　　円

風しん予防接種（MR）

＠６，９９０　×　　件　＝　　円

風しん予防接種（単独）

＠４，９３０　×　　件　＝　　円

上記の金額を請求します。

年　　月　　日

（宛先）高松市長

債権者　　医療機関所在地

医療機関名

代表者職氏名　　㊞

連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿

発行担当部署長氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

発行担当者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

振込先	銀行 信金 農協				（支）店						
	預金種目	当座 □	普通 □	口座番号							
	フリガナ										
	口座名義										

おねがい

１．預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号（左詰めでご記入ください）及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあっては、該当する預金種目の□箇所にレ印を付してください。

２．請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。