

練馬区長様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

1	3	1	2	0	2
---	---	---	---	---	---

住所
代表者氏名
電話番号

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

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	健診・HI法			
	健診・EIA法			
	HI法			
	EIA法			
	夜間休日・HI法			
	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。