

別紙4 記載例

請 求 書

金 額	百	十	千	百	十	万	千	百	十	円
						¥	5	3	5	0

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行	支店	預金	口座番号
口座名義 (フリガナ)			

年 月 日

(あて先) ○○○○

〒 _____ 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

TEL _____

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	○○○風しん抗体検査業務	H I 法	5,350	1	件	5,350
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

課 名 ○○○○課

発議番号 _____ 全銀協コード _____

消 費 税 額 _____

合 計 _____ 5,350

(○○○提出用)

の部分を記載してください。

必ず請求者名義の振込銀行名、支店名、口座種別、口座番号を記載してください。
請求者と口座名義人が異なる場合には、振込できない場合があります。
また、口座名義にフリガナを記入してください。

日付は記入しないでください。

請求者の住所、氏名等を下記の記載例を参考にして、記載してください。

記載例

①法人開設である場合

住所 石川県○○市○○○
氏名 医療法人社団 ○○会
理事長 石川 太郎

法人印を押印してください。

法人の代表者印を押印してください。
この場合は、理事長印です。

または

住所 石川県○○市○○○
氏名 医療法人社団 ○○会 ○○病院
院長 石川 二郎

この場合は、院長印です。

②個人開設である場合

住所 石川県○○市○○○
氏名 ○○病院 石川 三郎

※別紙3

検査結果報告書の住所、氏名の記載
及び押印も同様となります。

請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。
 上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行	支店	預金	口 座 番 号			
口座名義 (カナ)						

年 月 日

(あて先) 石川県知事

〒 - 住所

氏名 印

Tel - -

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	石川県風しん抗体検査業務				件	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
課 名 健康推進課						消 費 税 額
発議番号						合 計
全銀協コード						

請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。
 上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行	支店	預金	口 座 番 号			
口座名義 (カナ)						

年 月 日

(あて先) 金 沢 市 長

〒 - 住所

氏名 印

Tel - -

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	金沢市風しん抗体検査業務				件	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
課 名 地域保健課					消 費 税 額	
発議番号					合 計	
全銀協コード						

(金沢市提出用)