

磐田市長 様
市区町村番号

請求年月日 令和7年 月 日

2	2	2	1	1	9
---	---	---	---	---	---

所在地

代表者氏名

印

電話番号

※代表者印は、「苗字」や「～理事長之印」など。「～病院」や「～病院之印」等は法人印のため対象外。

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

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	市支払額 (税込単価)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法		1,419	
	②健診・EIA法		2,948	
	③HI法		5,423	
	④EIA法		6,952	
	⑤夜間休日・HI法		5,973	
	⑥夜間休日・EIA法		7,502	
	小計			
予防接種	MRワクチン		10,692	
	単独ワクチン		7,416	
	予診のみ		2,200	
	小計			
		請求額 (合計)		

※請求額 (合計) は訂正印による修正不可。消えないインクのボールペンで記載すること。