**請　　　　求　　　　書**

（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 |  | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ただし、風しん抗体検査（ＨＩ法による）

　　　　　　　　　　　　　　＠６，０９４×　　　　件　＝　　　　　　　円

上 記 の 金 額 を 請 求 し ま す。

　　　年　　　月　　　日

　　香川県知事　　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

医療機関名

債権者

法人にあつては、

その名称及び代

表者の職氏名

（フリガナ）

氏　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払の  方　法 | 口　座  振替払  ✔ | 銀行 （支）店 | | | | | | | | | | | | |
| 預金種目 | 当座 | 普通  ✔ | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ）  口座  名義 |  | | | | | | | | | | | |

１　希望する支払の方法の□の箇所にレ印を付してください。

２　口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号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。

おねがい

３　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。

４　責任者職・氏名、担当者職・氏名及び連絡先を下記に記載してください。請求者の押印がある場合は記載を省略することができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 責任者　職・氏名 |  |
| 担当者　職・氏名 |  |
| 連絡先 |  |