

年度 乳児一般健康診査業務委託料請求書
(年 月分)

年 月 日

周防大島町長 様

医療機関所在地
医療機関名称
代表者職名・氏名 ㊞

乳児一般健康診査を別途受診票のとおり実施しましたので、下記のとおり請求します。

請求金額 金 円

区 分	単 価	件 数	金 額 (円)
1 か 月 健 診	6, 0 4 0 円		
3 か 月 健 診	6, 0 4 0 円		
7 か 月 健 診	6, 0 4 0 円		
合 計			

支払いは、下記の口座に振り込みをお願いします。

口座振替	金融機関名		普通 ・ 当座	口座番号
	支 店 名			
	ふりがな			
	口座名義			