

(市町村提出用)

請 求 書

年 月 日

潟上市長 様

医療機関 住所

名称

氏名

乳幼児健康診査に係る 年 月分委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥ _____ 円

人 数(人)		単 価(円)	金 額(円)
1か月児			
4か月児			
10か月児			
合 計			
金融機関名 :		銀行	本・支店名 : 本 ・ 支店
預金種別 : 普通 ・ 当座		口座番号 :	
フリガナ 口座名義 :			
発行責任者	役職・氏名		
	連絡先(TEL)		
発行担当者	役職・氏名		
	連絡先(TEL)		

※責任者と担当者が同一人物でも可です。