

(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

2歳半児歯科健康診査に係る 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)
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。