

検収	月	日
検取者(課長等)	発注者確認	

請求書

③

20 年度

月分

金額		百万		千		円
----	--	----	--	---	--	---

(金額はアラビア数字で頭部に¥をつけ訂正しないで下さい)

区分	件数	単価	請求金額	備考
妊婦一般健康診査	初回	件 @ 22,230円	円	
	クーポン券	@ 3,200円		
	2回目	@ 5,060円		
	3回目	@ 5,060円		
	4回目	@ 9,840円		
	5回目	@ 5,060円		
	6回目	@ 5,060円		
	7回目	@ 17,050円		
	8回目	@ 5,060円		
	9回目	@ 5,060円		
	10回目	@ 8,760円		
	11回目	@ 11,670円		
	12回目	@ 5,060円		
	13回目	@ 5,060円		
14回目	@ 5,060円			
乳児一般健康診査		@ 6,280円		
乳児精密健康診査		/		
1歳6か月児精密健康診査		/		
3歳児精密健康診査		/		
計		/		

上記の金額を請求します。

年 月 日

委託医療機関等

所在地

名称

代表者氏名

新発田市長 様

金融機関名	銀行	支店
預金の種類	普通	当座
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人		
連絡先	TEL	担当者名 ()

印

注意 請求内容として、所見等を記載した「受診票」を添付すること。