（令和８年４月以降実施分）

妊婦歯科健康診査委託料請求書

年　　月　　日

長　門　市　長　　様

医院所在地
医　院　名
代 表 者 名　　㊞

請求金額＿＿金＿＿＿＿＿＿＿＿円

（ 請 求 内 訳 ）

	件　　数 （A）	単　　価 （B）	請求金額 （A×B）
妊　婦	件	３，４８７　円	円

年　　月分を上記のとおり請求します。

なお、支払いにあたっては、下記の口座に振り込みをお願いします。

銀　行 信　金 組　合	支　　店 支　　所
１．普通　　２．当座	口座名義人（カタカナ）
口座番号	