

様式第30号

稲敷市妊婦歯科健康診査実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

稲敷市長 寛 信太郎 様

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※法人は法人名も記載し、法人印を押印願います。

令和 年 月分を別添のとおり受診券及び検診結果票を添付し実績報告するとともに、これに係る委託料を請求します。

記

妊婦歯科 健康診査	人数	単価	金額
	名	5,000円	円
合計			円

【振込口座】 ※お手数ですが、振込先情報は債権者登録されている医療機関様も毎回ご記入下さい。

銀行		支店
普通 当座 (どちらかに○)		
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		

◎請求書の金額にかかる箇所に訂正がある場合は新しい用紙で書き直して下さい。(訂正印も不可)

その他の箇所は、訂正印で修正してください(修正液・修正テープは不可)