

# 請 求 書

令和 年 月 日

(提出先) 松 山 市 長

債権者番号 .....

住 所

医療機関名

氏 名 .....

当請求金額を次の預金口座にお振り込み下さい。

金融機関名	
口座名義人名	
	第 号

下記の金額請求いたします。

金 額	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	内訳下記のとおり

ただし 結核検診 委託料 令和6年度 月分

(消費税及び地方消費税を含む)

65歳以上 @ 1,351円× 件 = 円

合計請求額 円