

# 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 乳がん検診 委託料 令和6年度 月分 (消費税及び地方消費税を含む)

<マンモグラフィ2方向>

	@	6,255	円×	件=	円
自己負担免除者 生活保護	@	2,000	円×	件=	円
非課税	@	2,000	円×	件=	円
中国残留邦人等	@	2,000	円×	件=	円
小計					円

<マンモグラフィ1方向>

	@	5,333	円×	件=	円
自己負担免除者 後期	@	2,000	円×	件=	円
生活保護	@	2,000	円×	件=	円
非課税	@	2,000	円×	件=	円
中国残留邦人等	@	2,000	円×	件=	円
小計					円

合計請求額 円