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　　**子宮がん検診**　　**委託料　令和６年度**　　**月分**

（消費税及び地方消費税を含む）

〈頸部検査〉		@	5,692円×	件＝　　円
自己負担免除者	後期	@	1,300円×	件＝　　円
	生活保護	@	1,300円×	件＝　　円
	非課税	@	1,300円×	件＝　　円
	中国残留邦人等	@	1,300円×	件＝　　円
頸部再検査		@	440円×	件＝　　円
小計				**円**
〈うち体部検査〉		@	2,380円×	件＝　　円
自己負担免除者	後期	@	700円×	件＝　　円
	生活保護	@	700円×	件＝　　円
	非課税	@	700円×	件＝　　円
	中国残留邦人等	@	700円×	件＝　　円
小計				**円**
合計請求額				**円**