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	
普通預金　・　当座預金	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８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〉

	@	6,325　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〉

	@	5,403　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**