

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 結核検診 委託料 令和8年度 月分

(消費税及び地方消費税を含む)

65歳以上 @ 1,392円× 件 = 円

合計請求額 円