

# 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..... (印)

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	年度	月分
(消費税及び地方消費税を含む)				
65歳以上 @ 1, 3 5 1 円 × 件 = 円				
合計請求額 円				