

# 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 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			@		2,000	円×		0		件= 0 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
国保			@		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			@		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
国保			@		2,000	円×				件= 円
小計										円
合計請求額										円