

様式第2号（第8条関係）

益子町1か月児健康診査費請求書

金 _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月分1か月児健康診査業務委託料として、次のとおり請求します。

(内訳)

区 分	1件あたり単価	受診者数	金 額
1か月児健康診査費	4,000円	人	円
	4,000円未満	人	円
合計金額		人	円

_____ 年 _____ 月 _____ 日

益子町長 _____ 様

【実施医療機関】

所在地

名称

代表者氏名

㊟

払込先金融機関	銀行							支店
	口座番号	普通・当座						
(フリガナ) 口座名義人								