

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 門

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	6, 0 0 0 円	人	円
	6, 0 0 0 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

印

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									