

請 求 書

金 円

内 訳 (年 月分)

区 分	件 数	単 価	金 額
4 か月児健康診査費	件	円	円
10 か月児健康診査費			
合 計			

静岡県乳児健康診査実施要綱第 10 条第 1 項の規定により、乳児健康診査委託料として上記のとおり請求します。

年 月 日

(宛 先) 静 岡 市 長

所 在 地
医療機関 名 称
代表者氏名

印

相手方番号				
口座振替先 金融機関名	金融機関名		口座種別	普通・当座・別段
	支 店 名		口座番号	
(フリガナ)				
口座名義人				

* 請求印は、朱肉を使用してください。

添付書類：健康診査受診票、健康診査票