様式第3号（第9条関係）

　宇美町歯周疾患検診業務委託料請求書

　　　年　　　月　　　日

宇　美　町　長

医療機関住所

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　電 話 番 号

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 　　　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　 支店信用組合信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本店 |
| 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ　ナ |  |
| 口 座 名 |  |

次のとおり歯周疾患検診業務委託料を請求します。

（　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 委託料（単価） | 受診者人数 | 請 求 金 額 |
| 自己負担金徴収者 | ２，７００円 | 人 | 円 |
| 自己負担金免除者（生活保護世帯等） | ３，０００円 | 人 | 円 |
| **請　求　金　額　（計）** | 人 | 円 |