産婦健康診査委託費請求書

捨印

（あて先）　　中標津町長

下記のとおり請求いたします。

記

年　　月分内訳

内訳	区　分 受診票の種類	単　価	請求件数	請求金額
	産後2週前後	5,000 円	件	円
	産後1ヶ月前後	5,000 円	件	円

請求年月日

年　　月　　日

請求額合計　百万　千　円

郵便番号 住　所 施設名 フリガナ 代表者氏名 電話番号	請求印

委託医療機関・助産所の振込先金融機関および口座番号等

（　　）銀行 信金	・普　通	（フリガナ） 口座名義								
（　　）本・ 支店	・当　座	口座番号								