

## 呉市65歳歯周病検診費請求書

令和 年 月 日

呉市長様

委託医療機関

所在地

名称

開設者

印

令和 年 月分を、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

## 【内訳】

	単価	件数	金額
65歳歯周病検診費	9,490円	件	円

## 【振込口座】

金融機関名	銀行 信用金庫 組合	店
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		