

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】

検診実施月	単 価	件 数	金 額
65歳歯周病検診費	9,116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		