

市内

乳児健康診査委託料請求書

年 月 日

(あて先) 周 南 市 長

医療機関所在地
(請求者) 法 人 名
医 療 機 関 名
代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

健診種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
1 か月児健康診査		6,040	
3 か月児健康診査		6,040	
7 か月児健康診査		6,040	
計			

月実施分について、上記のとおり請求いたします。

担当者 ※この請求について問い合わせ対応可能な方を記載してください。

担 当 者 名 : (連絡先 :)

令和8年度