

請 求 書

(申請先) 新座市長 宛 令和 年 月 日

令和 年 月実施分 医療機関名

成人歯科個別検診委託料を下記
のとおり請求します。 住 所
施 設 長
電 話 番 号

請求金額	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
------	----	----	----	---	---	---	---	---

※金額欄は、頭部に¥を記入
してください。

区 分	単 価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
成人歯科個別検診	4,400		

振 込 先 口 座

振込先金融機関名	口 座 番 号	口座振込名義人(カタカナで記入)
銀行・農協 信用金庫 本店・支店 出張所	普 通 ・ 当 座 No.	