

請求書
金 円也

年 月分（ 月 日～ 月 日）の乳児健康診査費として上記の
金額を請求します。

（内訳）

| 区分 | 件数 | 単価 | 金額 |
|---------------------|----|--------------------------|----|
| 1 か月健康診査費 | 件 | 円 | 円 |
| 4 か月健康診査費 | 件 | 円 | 円 |
| 10 か月健康診査費 | 件 | 円 | 円 |
| 合計金額 （消費税 10%対象） | 件 | うち消費税（ ）円 合計金額×10÷110 | 円 |

年 月 日

小山町長様

医療機関所在地

名称

管理者

登録番号

印

| 口座振替依頼書 | | | |
|---------|-------|--|--------------|
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | | 預金種別 普通 ・ 当座 |
| | 支店名 | | 口座番号 |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |