旭川市乳幼児健康診査（10か月児健康診査）請求書（　　月分）

金額	円

内訳	区　　分	請求件数	単価（円）	請求金額（円）
	10か月児健康診査	件	（単価） ４,２５０	円
合計		件		円

上記のとおり請求いたします。

令和　　年　　月　１５日

（宛先）　旭川市長

医療機関の住所

医療機関の名称

代　表　者　名　　印

振込先

金融機関名・支店名		口座番号		口座名義
銀行 信金 農協	本店 支店	普通 当座		

（口座名義欄は請求者と異なる場合のみ記入し，この場合委任状を添付）

注　請求書は，翌月15日までに提出してください。