## 妊 産 婦 健 康 診 査 等 委 託 料 請 求 書

(請 求 先)	年
横 浜 市 長	

前	
住所	
(法人名を含む) <b>医療機関名</b>	
(理事長、院長等役職名及び氏名) 代表者名	印
(必ず契約書に使用したもので押印願います)	

月

日

銀行 金融機関コード	
支店 支店コード	
普通・当座 No. (右づめで記入)	
( フ リ ガ ナ )	
口 座 名 義 人 (通帳名義と相違する場合は、振り込まれません。)	
(口座名義人が上記請求者と異なる場合は必ず下欄に請求者による記名押印をして下さい。記名押印のない場合は、振り込まれません。)	
上記の口座に振込願います。 代表者名 (必ず契約書に使用したもので押印願います)	印

次のとおり 年 月中における妊産婦健康診査等委託料を請求します。 (内訳)

項目	単価	作	上 数	金	額	※決定金額
妊婦健康診査費用 補 助 券	4,700円	×	件		円	円
妊婦健康診査費用 補 助 券	7,000円	×	件		円	円
妊婦健康診査費用 補 助 券	12,000円	×	件		円	円
産婦健康診査費用 補 助券①	5,000円	×	件		円	円
産婦健康診査費用 補 助 券 ②	5,000円	×	件		円	円
請求額					円	
※決定額						円

- ※の欄には記入しないで下さい。
- 注) 実施年度の異なる請求は、請求書を分けて請求してください。