

# 嘉麻市歯周疾患検診費請求書

### 請求金額

--	--	--	--	--	--	--	--

(金額の頭部に￥をお書きください)

単価（円）税込	区分	受診者数（人）	金額（円）
3,900	一般		
4,400	生活保護世帯		
	市民税非課税世帯		

(令和 年 月分) 歯周疾患検診事業委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(請求先)

嘉麻市長

〒  
住所  
医療機関名  
院長名  
電話番号

E9

### ※口座振替情報

金融機関名	銀行・信用金庫	支店
	信用組合・農協	支所
預金種別	1 : 普通      2 : 当座      3 : 貯蓄	
口座番号	<input type="text"/> <span>(右づめで記入)</span>	
フリガナ 口座名義 (通帳のとおり フリガナも記入 してください)		