

令和8年度光市乳幼児健康診査費請求書

令和 年 月 日

光市長様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(法人の場合:法人名、代表者名)

担当者名:

電話番号

金 円

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

(請求内訳)

単価(1回あたり)	区分	件数	金額(円)
6,040円 (消費税及び地方消費税含む)	1か月児		
	3か月児		
	7か月児		
	1歳6か月児		

なお、支払にあたっては下記の口座に振込をお願いします。

銀行 信用金庫 組合	支店 支所
普通当座	フリガナ
口座番号	口座名義人