

請求日

太子町長 様

医療機関等名称	
住所	
開設者(代表者)職・氏名	
電話番号	
発行責任者氏名	
担当者氏名	
メールアドレス	

乳がん個別検診実施報告書 兼 請求書

請求月(事業実施月)

令和		年		月
----	--	---	--	---

 複数月の実施をまとめて提出する際も一枚にまとめること。

1 実施数

		委託料	受診人員	小計
医師会で二次読影				
4 0 5 4 9 歳	自己負担あり	5,467円	人	円
	無料クーポン券	8,767円	人	円
5 0 歳 以上	自己負担あり	5,203円	人	円
			小合計	円

請求金額 円 (内消費税 10% 円)