

太子町長 様

見本

日付を空欄にしてください。

請求日 年 月 日

○必要事項を記入してください。

- ・メールアドレスをお持ちでない場合は記入不要です。
- ・発行責任者は、代表者と同一人物であっても記載してください。

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	

子宮がん検診事業実施報告書 兼 請求書

請求月

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
HPV検査			
30～60歳（有料）	3,350円	人	円
無料クーポン	6,050円	人	円
生活保護受給者	6,050円	人	円
	小合計		円

細胞診			
20～29歳（有料）	3,850円	人	円
無料クーポン	6,050円	人	円
生活保護受給者	6,050円	人	円
	小合計		円

請求金額

円

(内消費税 10% 円)

【記入方法】

○委任状に印字している名称で漏れなく記載してください。

- ①医療機関名称
- ②住所
- ③開設者（代表者）職・氏名
- ④電話番号

○発行責任者

発行責任者は、代表者と同一人物であっても記載してください。

○委任状登録時に入力した内容で記載してください。

- ①担当者