

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 |
| 追跡検査(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