

太子町長 様

請求日 年 月 日

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			
3 0 ～ 6 0 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			
2 0 ～ 2 9 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)