



--	--	--	--	--	--	--	--

(金額の頭部に ¥ をお書きください)

年度受診者数 (月分)	人
---------------------------------	----------

年度歯周病検診事業委託料を上記のとおり請求します。

年 月 日

(請求先)

桂川町長

三

住所

医療機関名

院長名

電話番号

印

※口座振替情報

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協														支店 支所																					
預金種別	1 : 普通 2 : 当座 3 : 貯蓄																																			
口座番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								(右づめで記入)											
フリガナ 口座名義 (通帳のとおりフリガナも 記入してください)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																			
漢字でご記入ください。																																				

