桂川町産婦健康診査事業委託料請求書

桂川町長　殿

区　　分	件数	単価(円)	金額(円)
１回目（産後2週間）		5,000	
２回目（産後1か月）		5,000	
合　計			

委託契約に基づき上記のとおり　　令和　　年　　月分を請求します。

請求金額　￥　　円

令和　年　　月　　日

住　　所

名　　称

代表者名　　印

金融機関（ゆうちょ銀行以外）	支店名
銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店・支所 本店
口座種別	口座番号（右詰でご記入ください。）
１：普通　　２：当座	
ゆうちょ銀行（　記号　－　番号　）	－
フリガナ	
口座名義人	

※結果表と一緒に必ず翌月１５日までに提出してください。

提出先：〒820-0693 嘉穂郡桂川町大字土居361番地
桂川町役場　健康福祉課　母子保健係
電話☎　0948-65-2201　FAX🖷　0948-65-0078