

請 求 書

金 _____ 円

但し、 年 月分 糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供料として

内訳

_____ 件 × 2, 0 0 0 円 = _____ 円

	作成日	対象者名	生年月日
1	令和 年 月 日		
2	令和 年 月 日		
3	令和 年 月 日		
4	令和 年 月 日		
5	令和 年 月 日		

以上のとおり請求します。

令和 年 月 日

越前市長 様

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____

振込先	金融機関名		本店・支店
口座	普通・当座	口座番号	
口座名義			

【発行責任者】 _____ 【担当者】 _____ 【連絡先】 _____