**苓北町歯周疾患検診実施報告書兼請求書**

苓北町歯周疾患検診を実施したので、関係書類を添えて次のとおり実施報告及び請求いたします。

**令和　　年　　月分**

**請　求　額　　　　 　　　　　　　　円**

（内訳）

　　　　　　　 ３，５００円　×　　　　　人　　＝　　　　　　　　　円

　　　　　　　 ３，９００円　×　　　　　人　　＝　　　　　　　　　円

令和　　年　 　月　 　日

住　　　所

医療機関名

代 表 者 　　　　　 印

苓北町長　様

（振込先）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関・支店名 |  | |
| 口座番号 | 普通　・　当座 |  |
| 加入者名 |  | |
|  | |