

豊能町 妊婦健康診査請求書

請求金額

金

円

(消費税等を含む)

(内訳) 年 月分

妊婦健康診査	受診券と補助券の内訳				請求額 (実際の健診費用)
第 1 回	受1	10,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 2 回	受2	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 3 回	受3	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 4 回	受4	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 5 回	受5	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 6 回	受6	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 7 回	受7	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 8 回	受8	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第 9 回	受9	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第10回	受10	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第11回	受11	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第12回	受12	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第13回	受13	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
第14回	受14	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
多 胎 ①	多1	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
多 胎 ②	多2	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
多 胎 ③	多3	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
多 胎 ④	多4	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
多 胎 ⑤	多5	5,000 円× () 件	補1	10,000 円× () 件	円
	補2	2,000 円× () 件	補3	1,000 円× () 件	
合計				円	

上記のとおり請求します。

年 月 日

豊能町長 様

〒

所在地
名称
代表者名
電話

印

《振込先》

記入理由

初回 ・ 変更

銀行

支店

普・当

口座番号

口座名義

フリガナ

※振込先は、初回請求時もしくは振込先が変更になった場合に記入してください。

※この請求書は、1 か月分を取りまとめ、妊婦健康診査受診券（兼結果通知票）及び妊婦健康診査受診補助券とともに豊能町へ提出してください。