

笠松町妊婦歯科健康診査実施請求書

年 月 日

笠 松 町 長 様

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

上記のとおり請求します。

実施医療機関

住 所

医療機関名

代表者氏名

⑩

(内訳)

(年 月 実施分)

種 類	件 数	単価(円)	金 額(円)
妊婦歯科健康診査		4,697	

※妊婦歯科健康診査受診票を添付してください。