

令和7年度 笠松町歯科検診実施報告書兼請求書

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

円

※請求金額の先頭に¥を記載

令和 年 月分、歯科検診について上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

（あて先）笠松町長

医療機関名

住所

氏名

印

（内訳）

区 分	1件あたりの 請求額 (消費税含む)	件 数	金 額
歯科検診	4,241 円	件	円

※笠松町歯科検診票の1枚目（町提出分）を添え、提出してください。