

印

請求 番号	※
----------	---

歯周病検診業務委託料請求書

令和 年 月 日

(宛先) 横須賀市長

所在地
名 称
代表者

印

内 訳	件 数	単 価	金 額	決定金額 (円)
歯周病検診 委託料	件	4,970 円	円 ※ (件数×4,970 円)	
合 計 (消費税及び地方消費税込み) (金額 × 1.10)			円 ※	

歯周病検診記録票と受診券（はがき）を添え、翌月 15 日までに請求してください。
2 月検診請求分は、令和 8 年 3 月 10 日までに請求してください。

(記入上の注意)

- 1 太枠内のみ記入し、※印欄は記入しないこと。
- 2 請求書に印鑑（2 か所）を押印してください。
- 3 「消えるペン」など修正が可能な筆記用具は使用せず、訂正する場合は請求書で使用了印鑑を訂正箇所に押印すること。



請求 番号	※
----------	---

歯周病検診業務委託料請求書 (記入例)

令和 7 年 6 月 1 日

(宛先) 横須賀市長

請求は検診月の翌月 15 日
までに行ってください。

必ず印鑑を 2 箇所に押す

〒23×-××××

所在地 横須賀市□□□ □-□

名 称 △△歯科医院

代表者 ○○ ○○



内 訳	件 数	単 価	金 額	決定金額 (円)
歯周病検診 委託料	1 件	4,970 円	4,970 円 (件数×4,970 円)	※
合 計 (消費税及び地方消費税込み) (金額 × 1.10)			5,467 円	※

歯周病検診記録票と受診券 (はがき) を添え、翌月 15 日までに請求してください。
2 月検診請求分は、令和 8 年 3 月 10 日までに請求してください。

(記入上の注意)

- 1 太枠内のみ記入し、※印欄は記入しないこと。
- 2 請求書に印鑑 (2 か所) を押印してください。
- 3 「消えるペン」など修正が可能な筆記用具は使用せず、訂正する場合は請求書で使用した印鑑を訂正箇所に押印すること。