

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9年3月10日までに請求してください。
- ・ 支払い予定日は、請求月の翌月 20 日です。20 日が土日または祝日の場合は、直近の平日に変更します。

(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。

印

請求 番号	※
----------	---

請求は検診月の翌月15日
までに行ってください。

歯周病検診業務委託料請求書 (記入例)

令和 8年 6月 1日

必ず印鑑を2箇所に押す
(請書に押した印と同じ印を押してください)

(宛先) 横須賀市長

- 法人の場合
名称に『法人名+歯科医院名』記載、
代表者に『理事長名』を記載し、理
事長名の印を押してください。
- 代表者氏名、印について
請書に記載した、受託者氏名と同じ
方、同じ印を押してください。

〒23×-××××

所在地 横須賀市□□□ □-□
名称 △△歯科医院
代表者 ○○ ○○

印

品名	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9年3月10日までに請求してください。
- 支払い予定日は、請求月の翌月20日です。20日が土日または祝日の場合は、直近の平日に変更します。

(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。