

(様式2号)

**生活保護受給者等を対象とした健康診査委託料請求書 (兼実施報告書)**

( 年 月 分)

区 分	人 員	年度単価	金 額
有 料 者	人	8,150 円	円
市民税非課税世帯に 属する者	人	8,650 円	円
小 計	人		円
詳細な 健康 診	貧血検査	230 円	円
	心電図検査	1,430 円	円
	眼底検査	1,232 円	円
小 計	人		円
合 計			円

健康手帳交付数	冊	備 考	
---------	---	-----	--

生活保護受給者等を対象とした健康診査を別紙のとおり実施しましたので、  
委託契約書に基づき委託料について上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関コード

医療機関所在地

名 称

(TEL)

代表者

大 牟 田 市 長 殿