様式第８号
越前町

請　求　書

金額	十万	万	千	百	十	円

ただし、令和　　年　　月分　妊産婦 / 乳児　健康診査実施委託料

内　訳

健　診　種　別			① 受診者数	② 実費用	③ 公費負担額（上限）	請求金額 ①×（②・③のうち小さい方の額）
健康診査 妊産婦		初期血液検査	名	円	１０，０６０円	円
		HTLV-1 抗体検査	名	円	２，２９０円	円
		性器ｸﾗﾐｼﾞｱ検査	名	円	１，８８０円	円
		一般妊婦健康診査(1～14 枚目)	名	円	６，４９０円	円
		多胎妊婦健康診査(15～19 枚目)	名	円	５，０００円	円
		産婦健康診査（2 週間）	名	円	５，０００円	円
		産婦健康診査（1 か月）	名	円	５，０００円	円
聴覚検査	自動 ABR	初回検査	名	円	５，６００円	円
		初回検査＋確認検査	名	円		円
	OAE	初回検査	名	円		円
		初回検査＋確認検査	名	円		円
健康診査 乳児		１ヶ月	名	円	５，７６０円	円
		４ヶ月	名	円	５，７６０円	円
		9～10 ヶ月	名	円	５，７６０円	円
妊婦精密健康診査			名	円	円	円
乳児精密健康診査			名	円	円	円
合　　計			名	円		円

上記金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

所　在　地
名　　称
代表者氏名　　印

越前町長殿

取引銀行名	銀行・信金・農協 支店・本店・出張所	口座番号	普通・当座・その他	
		口座名義 (ｶﾀｶﾅ)		