

佐久市歯周病（義歯）検診委託料請求書

令和 年 月 日

（請求先）佐久市長

歯科医療機関住所

歯科医療機関名

代表者氏名

令和 年 月に実施した歯周病（義歯）検診料として、次のとおり請求します。

歯周病検診	請求額			決定額		
	件数	単価（税込）	金額	内訳	件数	金額
	件	円	円	節目	件	円
				妊婦	件	円

注（１）太枠内のみ記入してください。

（２）請求書には次の書類の添付をお願いします。

- ・節目検診には「歯周病（義歯）検診受診券」と、「歯科健診票」を添付
- ・妊婦検診には「質問票」と、「歯科健診票」を添付

請求書等は、翌月の10日までに、健康づくり推進課口腔歯科保健係まで提出してください。（10日を過ぎた場合、支払いが遅れる場合があります。）

（３）請求者の押印は不要です。

（４）請求金額の書き損じの場合は、恐れ入りますが書き直しをお願いします。
請求金額以外の訂正は、訂正印をお願いします。

担当課処理欄

受付印