

# 請求書

金

円

ただし、令和3年度奈良県肝炎検査受診率向上事業として上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課長 殿

医療機関名

医療機関住所

電話番号

代表者氏名

印

(法人の場合は法人の名称、代表者名を記載のこと。)

(請求書の印鑑は、請書押印時の印鑑と同一であること。)

振込口座

金融機関名

支店名

口座情報 (普通 当座) いずれかに○印をつけて下さい。

口座番号

口座名義人 (カナ)

**検査の実施期限は令和4年2月28日まで、請求書の最終提出期限は令和4年3月18日まで  
となっております。期日以降は受理できませんのでご注意ください。**