様式第20号（第7条関係）

その2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 　　　年　 月　 日交付 | 検診料請求書 |
| 交付第　　　　　　　号 |

丸亀市福祉事務所長　宛

　　 　　　　　年　　月　　日

医療機関の所在地

名称

医療機関の長又は

開設者の氏名

下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※　受診者 |  | ※　居住地 |  |
|  | 請求額 | 診察料 | 点 | （検査名等） |
|  | 料 | 点 |
|  | 料 | 点 |
|  | 合計 | 点 | 円 |

（注意）

この請求書により直接支援給付の実施機関宛て請求して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 　　　年　 月 　日交付 | 検診書 |
| 交付第　　　　　　　号 |

検査を受ける者の

居住地及び氏名　　　　　　　　　歳　男・女

丸亀市福祉事務所長　宛

年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称

院（ 所 ）長

担当医師

上記の者に対する検診結果は下記のとおりであります。

１　傷病名

２　病状

３　診療の要否、診療の方法等に関する意見

※　担当員

記事

（注意）

この検診書は、支援給付の実施機関の長宛て直接送付して下さい。