

# 認知症早期診断事業一次検査業務委託料請求書

四日市市長 様

医療機関の  
所在地  
名称  
代表者氏名  
電話番号  
FAX番号

印

医療機関コード	2	4	1								
---------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

認知症早期診断事業一次検査業務委託料について、下記の通り請求します。

年 月 日

**請求金額** **円**

<内訳>

一次検査業務委託料（税込）	受診者数
4,081円/件	人
合計	円