

(様式1)

令和 年 月 日

佐々町長 様

住 所

医療機関名

代表者名

印

佐々町がん検診実施報告書兼委託料請求書

委託契約により、がん検診を実施したので受診者名簿を添えて委託料を請求します。

令和8年4月1日～令和9年3月31日

月分

受診者数(人)				単価(円)		委託料
がん種別	検診内容			医師会読影	自院読影	
		胃がん	内視鏡	一般	人	12,783
		生活保護受給者	人	14,783	14,783	円
子宮がん	頸部	一般	人	6,700		円
		無料クーポン券対象者 (R8年度対象者生年月日: H17.4.2~H18.4.1)	人	8,200		円
		生活保護受給者	人	8,200		円
乳がん	(視触診)+ 問診+ マンモ撮影 1方向	一般(50歳~)	人	5,085		円
		生活保護受給者	人	6,085		円
	(視触診)+ 問診+ マンモ撮影 2方向	一般(40~49歳)	人	6,552		円
		無料クーポン券対象者 (R8年度対象者生年月日: S60.4.2~S61.4.1)	人	8,052		円
		生活保護受給者	人	8,052		円
	口座振込先	○登録している通り ※新規登録または変更する場合は、事前に 佐々町多世代包括支援センターまでご連絡ください。			合計	