

新生児聴覚検査委託料請求書

年 月 日

(あて先) 周 南 市 長

医療機関所在地
(請求者) 法 人 名
医 療 機 関 名
代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細：非課税) ※入院中（出生の日から1月を限度とする）に実施

健診種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
新生児聴覚検査 初回検査 (AABR)		5,000	
新生児聴覚検査 初回検査 (OAE)		2,500	
計			

(内訳明細：課税) ※退院後又は出生の日から1月を超える入院中に実施

健診種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
新生児聴覚検査 初回検査 (AABR)		5,500	
新生児聴覚検査 初回検査 (OAE)		2,750	
計			

月実施分について、上記のとおり請求いたします。

なお、支払いにあたっては、下記の口座に振込をお願いします。

(振込先の口座情報を当市にご登録されている場合は記入不要です。但し、変更があった場合はご連絡願います。)

銀行・金庫 農協	本店・支店 本所・支所	普通・当座・ ()	口座番号
(フリガナ)			
口座名義			

(注) 口座名義の記入にあたっては、金融機関にご登録されている口座情報を必ずご確認の方をお願いします(略記不可)

担当者 ※この請求について問い合わせ対応可能な方を記載してください。

担 当 者 名 :	(連絡先 :)
-----------	----------