

市内

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。

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：)

令和8年度