

新生児等聴覚スクリーニング検査請求書

金 円也

ただし、 年 月分 新生児等聴覚スクリーニング検査費用として上の金額を請求します。

(内訳)

検査方法	件数	単価 (円)	金額 (円)
自 動 A B R		4, 7 0 0	
O A E		2, 1 0 0	
合 計			

年 月 日

(宛先) 静岡市長

所在地

請求者 医療機関の名称

代表者の氏名

相手方番号				
口座振込先 金融機関	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)				
口座名義				

(注)

- 申請者氏名欄には、申請者が署名し、又は記名押印してください。
- 新生児等聴覚スクリーニング検査を実施した新生児等に係る新生児等聴覚スクリーニング検査受診票（様式第1号）を添付してください。