

新生児聴覚検査費請求書 (年度)

区 分	単 価 (円)	件 数	金 額 (円)
自動ABR方式 (単価上限5,000円)			
OAE方式 (単価上限3,000円)			
合 計			

上記のとおり 年 月分を請求します。
<添付書類 新生児聴覚検査補助券 請求用②>

年 月 日

医療機関コード

医療機関所在地

名称

代表者名

TEL () —

大牟田市長 殿

振込先金融機関名	銀行 支店
口座 座	普通・当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※ 通帳どおり省略せず正確に記載してください。

※ 変更があった場合はお知らせください。