

山陽小野田市新生児聴覚検査委託料請求書

年 月 日

山陽小野田市長 宛

所在地 〒
医療機関名
代表者名

山陽小野田市新生児聴覚検査委託料について、 年 月分を下記のとおり請求します。

記

請求金額 一金 0 円也

1 内訳

		単価(円)	件数	請求金額(円)										
聴性脳幹反応検査(AABR)	非課税	5,000		0										
	課税	5,500		0										
耳音響放射検査(OAE)	非課税	2,500		0										
	課税	2,750		0										
振込先	金融機関名	銀行	本店											
		金庫	支店(支所)											
		組合	出張所											
	預金種目	口座番号(左詰)												
	普通・当座													
	ゆうちょ銀行	記号					口座番号							
	1				0									
	フリガナ													
	口座名義人													

2 添付書類: 山陽小野田市新生児聴覚検査受診票(同意書)及び連絡票