

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 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