

# 令和8年度光市新生児聴覚検査費請求書

令和 年 月 日

光市長様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(法人の場合:法人名、代表者名)

担当者名:

電話番号

金 \_\_\_\_\_ 円

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

(請求内訳)

区分		単価(1人あたり)	件数	金額(円)
非課税	自動ABR	5,000円		
	OAE	2,500円		
課税	自動ABR	5,500円		
	OAE	2,750円		
合計				

※非課税:入院中の検査費用が該当、課税:退院後の検査費用が該当

なお、支払にあたっては下記の口座に振込をお願いします。

	銀行 信用金庫 組合	支店  支所
普通当座	フリガナ	
口座番号	口座名義人	