

医療機関コード番号

No.

## 島本町新生児聴覚検査請求書

請求金額 金 円

ただし、令和 年 月分 件分

項目	件数	金額
初回自動A B R (請求上限額5,000円/件)		円
初回O A E (請求上限額1,500円/件)		円
合計		円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

島本町長 様

医療機関

〒

所在地

名称

代表者氏名

印

電話

※ 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名・電話をもれなく記入の上、  
押印をお願いいたします。

※ 請求金額・内訳等を修正した場合は、必ず訂正個所に訂正印を押印してください。

※ 島本町新生児聴覚検査受検票（兼結果通知表）を必ず添付してください。

振込先金融機関名（通帳記載どおり正確に記入してください）		記載理由	初回・変更
銀行	フリガナ 口座名義	普 ・ 当	口座番号
支店			

※初回請求及び振込先変更の場合に記入してください。