

年 月 日

請求先 熊取町長

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

印

新生児聴覚検査助成事業請求書(年 月分)

新生児聴覚検査助成事業委託料を、下記のとおり請求します。

金 円

項目	件数	単価(税込)	合計
新生児聴覚検査助成事業(自動 ABR)		5,000 円	
新生児聴覚検査助成事業(OAE)		1,500 円	

金額は消費税込み価格

請求は、実施月の翌月10日までをお願いします。

・初回請求及び振込先変更の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

振込先		銀行・農協・信金・信組		本店・支店・支所・出張所	
種類	・普通	口座番号		フリガナ 名義人	
	・当座				