粕屋町新生児聴覚検査委託料請求書

年　　　　月　　　　日

粕屋町長　様

医療機関住所

医療機関名

代表者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　本・支店金庫　　　　　　　　本・支店農協　　　　　　　　　出張所組合 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |

次のとおり、新生児聴覚検査委託料を請求します。

（　　　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査名 | 単価 | 件数 | 請求金額 |
| 新生児聴覚検査 | 円 | 件 | 円 |

　※請求は、月締めで翌月１０日までに請求してください。