

令和5年度新生児聴覚スクリーニング検査業務委託料請求書 (年 月分)

年 月 日

埼玉県 市町村長 様

(送付先: 該当市町村)

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名

印

該当する児の保護者の提出した新生児聴覚スクリーニング検査助成券を添付して、新生児聴覚スクリーニング検査業務委託契約書第8条第1項の規定により、次のとおり新生児聴覚スクリーニング検査業務委託料を請求します。

請求金額 金 円

(請求内訳)

検査内容	単価(円)※	件数	請求額
自動ABR	円	件	円
OAE	円	件	円

※単価は市町村によって異なります。別表2を御参照のうえ、御記入ください。

《振込先》

金融機関名	機関コード	フリガナ	支店名	支店コード	フリガナ
預金種別	普通 当座		口座番号	No.	
口座名義人	フリガナ				

担当者所属及び氏名:

連絡先
電話番号: