

医療機関コード番号		No.
豊能町新生児聴覚検査請求書		
請求金額	金 円	
(消費税等を含む)		
(内訳) 年 月分		
項目	件数	金額
初回自動ABR検査		
初回OAE検査		
	合計	
上記のとおり請求します。		
年 月 日		
豊能町長 様		
〒		
所在地		
医療機関 名称		
代表者名		
電話		
印		

振込先金融機関名記入欄		初回 ・ 変更
【振込先】	銀行	支店
【種別】普通・当座・別段	【口座番号】	
フリガナ		
【口座名義】		

※振込先は、初回請求時もしくは振込先が変更になった場合にのみ記入してください。
※この請求書は、1 か月分を取りまとめ、受検票（兼結果通知書）とともに豊能町へ提出してください。

医療機関コード番号		No.
豊能町新生児聴覚検査請求書		
請求金額	金 円	
(消費税等を含む)		
(内訳) 年 月分		
項目	件数	金額
初回自動ABR検査		
初回OAE検査		
	合計	
上記のとおり請求します。		
年 月 日		
豊能町長 様		
〒		
所在地		
医療機関 名称		
代表者名		
電話		
印		

振込先金融機関名記入欄		初回 ・ 変更
【振込先】	銀行	支店
【種別】普通・当座・別段	【口座番号】	
フリガナ		
【口座名義】		

※振込先は、初回請求時もしくは振込先が変更になった場合にのみ記入してください。
※この請求書は、1 か月分を取りまとめ、受検票（兼結果通知書）とともに豊能町へ提出してください。