

	医療機関コード番号		
<h2>新生児聴覚検査請求書</h2>			
請求金額	金	円	

ただし、	令和	年 月分	
《内訳》			
	補助上限額	件数	金額
AABR検査	4,020円	件	円
OAE検査	1,500円	件	円
上記の通り請求します。			
	令和	年 月 日	
豊中市長 様			
〒			
所在地			
名 称			
代表者氏名			
(電話)			
(印)			

- ※ 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名を記入の上、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、必ず訂正箇所には訂正印を押印してください。
- ※ 新生児聴覚検査受検票を必ず添付してください。

《振込先》 ※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入下さい。

		記入理由	初回	・	変更
銀行	支店	普・当	No.		
口座名義	フリガナ				

	医療機関コード番号		
<h2>新生児聴覚検査請求書</h2>			
請求金額	金	円	

ただし、	令和	年 月分	
《内訳》			
	補助上限額	件数	金額
AABR検査	4,020円	件	円
OAE検査	1,500円	件	円
上記の通り請求します。			
	令和	年 月 日	
豊中市長 様			
〒			
所在地			
名 称			
代表者氏名			
(電話)			
(印)			

- ※ 請求金額・内訳・年月日・実施機関所在地・名称・代表者氏名を記入の上、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、必ず訂正箇所には訂正印を押印してください。
- ※ 新生児聴覚検査受検票を必ず添付してください。

《振込先》 ※ 初めての請求及び振込先を変更した場合は、必ずご記入下さい。

		記入理由	初回	・	変更
銀行	支店	普・当	No.		
口座名義	フリガナ				