

年 月 日

滝沢市長 主濱 了 様

(実施医療機関)

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

(振込先情報)

金融機関名

銀行・信金・農協

本店・支店・出張所

口座番号 (普通・当座)

口座名義人

フリガナ

滝沢市新生児聴覚検査委託料請求書

下記委託料を請求します。

請求金額

円

(

年

月実施分)

項目	単価(円) (A)	受診人数(人) (B)	請求額(円) (C) = (A) × (B)	備考
新生児聴覚検査 (初回検査)	3,000			
				※医療機関の定める単価が 3,000円に満たない場合
合計				

(注意事項)

- 1 受診票を請求書に添付してください。
- 2 請求書は月別に作成してください。
- 3 請求単価の上限は3,000円とします。初回検査料金が3,000円に満たない場合は、医療機関が定める単価で請求してください。