



(第2号様式の2)

## 京都市新生児聴覚検査費請求書

(宛先) 京都市長

医療機関等名称

所在地

代表者名

下記のとおり、 年 月分新生児聴覚検査費を請求します。

請求額 金 円

・ 新生児聴覚検査受診券

種別	委託単価 (円)	件数 (件)	合計 (円)
ABR又はAABR	4,020		
OAE	1,500		

・ 振込口座

金融機関名	銀行・信用金庫・その他 ( )
支店名	
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )
口座番号	
フリガナ	
名義	