様式第2号（第8条関係）

　　　　　年　　月　　日

　長洲町長　様

　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

**長洲町新生児聴覚検査委託料請求書**

請求金額　　　　　　　　　　　　　円

（消費税及び地方消費税を含む。）

年　　月分新生児聴覚検査委託料として上記金額を請求します。

■内訳

検査人数：（　　　　）人×　　　　　　　円＝（　　　　　　　　）円

　　　　　　　　　　　　(※上限3,000円)

■添付書類

長洲町新生児聴覚検査受診票（様式第1号）

■振込先

金融機関名　　　　　　　　　　（銀行・金庫・組合）　 　　　　　 （支店・支所）

口座種別　　　　　　　普通　・　当座

口座番号