



様式第8号

請 求 書

金 円也

ただし、新生児聴覚検査 令和 年 月分、検査 件分として別紙
報告書のとおり上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

(医療機関)

住 所 〒

電話番号

医療機関

代 表 者

印

[請求先（当該市町村あて）]

様

銀 行 名	銀行 本・支店	
口座種別・番号	普通 ・ 当座	
口座名義 (カタカナ)		

※振込先の記入については、初回請求時のみご記入ください。（その後は記入不要です。）

※口座名義の変更については、別添文書でご通知ください。

1. 請求書は、当該市町別に作成してください。
2. 当該月内の検査料を取りまとめ翌月10日までに下記へ送付してください。
3. 口座名義はカタカナで記入してください。

※送付先	長崎県市町村福祉振興協議会 〒850-0875 長崎市栄町4-9 長崎県市町村会館内 TEL : 095-827-5511・FAX : 095-824-6993
------	--