

# 新生児聴覚検査費請求書

¥



令和 年 月の新生児聴覚検査に要した費用について  
受診報告書（ 枚）を添えて請求いたします。

明石市長 様

令和 年 月 日

実施医療機関

所在地

名称

代表者名

電話番号

印

明石市債権者登録に記載の指定口座への振り込みを依頼します。