

# 令和8年度 新生児聴覚検査費用 請求書

請求金額 金 円

検査の内容		単 価	件 数	金 額
新生児聴覚検査 (初回検査) ①	自動ABR	6,600 円	件	円
	OAE	3,800 円	件	円
	※	円	件	円
新生児聴覚検査 (確認検査) ②	自動ABR	6,600 円	件	円
	OAE	3,800 円	件	円
	※	円	件	円
新生児聴覚検査 計 (① + ②)			件	円

上記のとおり、新生児聴覚検査費( 月分)を請求します。

令和 年 月 日

医療機関の住所  
及び名称  
代表者氏名

十和田市長 殿

※請求書の押印を省略する場合は、「発行責任者」と「担当者」の役職・氏名・電話番号を記載してください。

発行責任者の役職・氏名		電話番号	
担当者の役職・氏名		電話番号	