

令和8年度新生児聴覚スクリーニング検査業務委託料請求書(年 月分)

年 月 日

埼玉県 市町村長 様

(送付先：該当市町村)

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名

印

該当する児の保護者の提出した新生児聴覚スクリーニング検査助成券を添付して、新生児聴覚スクリーニング検査業務委託契約書第8条第1項の規定により、次のとおり新生児聴覚スクリーニング検査業務委託料を請求します。

請求金額 金 円

(請求内訳)

検査内容	単価(円)※	件数	請求額
自動ABR	円	件	円
OAE	円	件	円

※単価は市町村によって異なります。別表2を御参照のうえ、御記入ください。

《振込先》

金融機関名	機関コード*	フリガナ	支店名	支店コード*	フリガナ
預金種別		普通 ・ 当座	口座番号		No.
口座名義人		フリガナ			

担当者所属及び氏名:

連絡先
電話番号:

令和8年度新生児聴覚スクリーニング検査業務実施報告書(年 月分)

年 月 日

埼玉県 市町村長 様

(送付先：該当市町村)

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名

印

添付した新生児聴覚スクリーニング検査助成券のとおり標記検査を実施したので報告します。

請求金額 金 円

(請求内訳)

検査内容	単価(円)※	件数	請求額
自動ABR	円	件	円
OAE	円	件	円

※単価は市町村によって異なります。別表2を御参照のうえ、御記入ください。

(検査結果)

検査内容	初回検査		再検査	
	1. パス	2. リファア	1. パス	2. リファア
自動ABR	件	件	件	件
OAE	件	件	件	件

担当者所属及び氏名:

連絡先
電話番号:

令和8年度新生児聴覚スクリーニング検査業務委託料支払決定通知書(年 月分)

年 月 日

委託医療機関の長 様

(市町村長)

印

年 月 日付けで実施報告のありました新生児聴覚スクリーニング検査(年 月分)に係る業務委託料について、下記のとおり支払いを決定します。

支払決定額 金 円

(内訳)

検査内容	単価(円)※	件数	請求額
自動ABR	円	件	円
OAE	円	件	円