支　払　方　法		
1 窓口払 2 口座振替 3 その他		
振　込　先		
銀行	No.	
支店	No.	支店
（ 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ）		
口 座 番 号		
フリガナ		
口座名		

請求書　　**嘉麻市長 様**

金　額	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

下記のとおり上記金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

住 所

氏 名　　印

明　細　書

月	日	検　査　の　種　類	受 検 者	金　額
		・自動ABR検査（自動聴性脳幹反応検査） ・ABR検査（聴性脳幹反応検査） ・OAE検査（耳音響放射検査）		円
		・自動ABR検査（自動聴性脳幹反応検査） ・ABR検査（聴性脳幹反応検査） ・OAE検査（耳音響放射検査）		円
		・自動ABR検査（自動聴性脳幹反応検査） ・ABR検査（聴性脳幹反応検査） ・OAE検査（耳音響放射検査）		円
合　計				円