

様式第1号（第8条関係）

橿原市新生児聴覚検査費用請求書

年 月 日

(宛先) 橿原市長

住 所

保護者氏名

新生児氏名・生年月日

電 話 番 号

請求金額

円

裏面に「新生児聴覚検査 同意書兼受診券」を貼付してください。

「新生児聴覚検査 同意書兼受診券」の保護者記入欄は忘れず記入してください。

振込先（※続柄不明な口座への入金はできません。）

支払機関名		預金種別	口座番号					
銀行 農協 信金		普通（総合）・当座 その他（ ）						
支店		フリガナ（必須）						
店番		口座名義人名						

新生児聴覚検査受診証明書

●初回検査 受診日 年 月 日  
検査方法 自動ABR検査 ・ OAE検査  
検査結果 【右耳】 パス ・ リファー 【左耳】 パス ・ リファー

※確認検査について市の助成はありませんが、今後のフォローのため結果記入のご協力をお願いいたします。

●確認検査 受診日 年 月 日  
検査方法 自動ABR検査 ・ OAE検査  
検査結果 【右耳】 パス ・ リファー 【左耳】 パス ・ リファー

【精密検査紹介先医療機関名】（精密検査が必要な場合のみ）

新生児聴覚検査（初回検査）に要した費用（健康保険が適用される場合は対象になりません）

金 円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

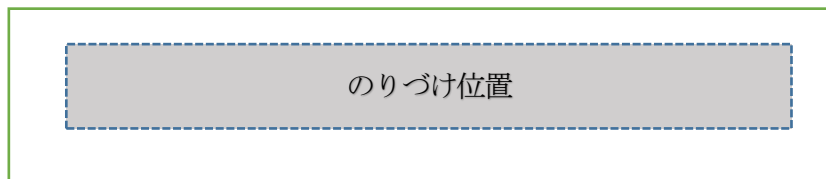
医療機関名

(宛先) 橿原市長

担当医師氏名

㊞

(裏面)



★医療機関等の領収書で請求をされる場合は、下部に母子健康手帳の「検査の記録」ページの写しを添付してください。

