

いわき市新生児聴覚検査支援事業助成申請のための受診証明書

年 月 日

いわき市長 様

(健康診査実施機関の名称等)

所在地

施設名

電話番号

印

次のとおり、新生児聴覚検査を実施し、その費用を支払ったことを証明します。

1 申請者 (申請者記入)

ふりがな		母子(親子)健康手帳交付番号	
申請者の氏名(産婦)	Ⓜ		
ふりがな		生年月日	平成 年 月 日 令和
乳児の氏名	男・女		
乳児の住民票住所	〒	連絡先・電話番号(携帯番号等)	
	いわき市	産婦:	— —
申請者の住所 (上記と異なる場合記入)	〒		

2 新生児聴覚検査実施証明 (医療機関等記入)

医療機関及び助産所の管理者の皆様へお願い

本証明書は、いわき市新生児聴覚検査支援事業助成(償還払い)申請時に、「領収書」を紛失等した場合等に提出が必要となりますので、該当する検査年月日、領収金額等についてご記入くださいますようお願いいたします。

新生児聴覚検査名	検査年月日	検査機器 (保険適用外分)	検査結果(※1) (未記載の場合のみ)	新生児聴覚検査分 領収金額(※2) (保険適用外分)	備考
⑮⑯ 初回検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳(パス・要再検) 左耳(パス・要再検)	円	<input type="checkbox"/> 分娩費用に含む <input type="checkbox"/> 新生児管理料に含む
⑳㉑ 確認検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳(パス・要再検) 左耳(パス・要再検)	円	
㉒㉓ 再確認検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	右耳(パス・要再検) 左耳(パス・要再検)	円	
合計				円	

- (備 考) ※1 「新生児聴覚検査結果通知書」に結果を記載済みの場合は、この欄の証明は不要です。
※2 新生児聴覚検査に要する費用のみを記載ください。
※3 本証明書発行に手数料等がかかる場合は、申請者の自己負担となります。

(問合わせ先)いわき市役所子どもみらい部子ども家庭課母子保健係
住所: 〒973-8408 福島県いわき市内郷高坂町四方木田191
電話: 0246-27-8597