

新生児聴覚検査費請求書

年 月 日

香芝市長

様

申請者 住 所：
電 話：
氏 名：

(続柄)

太枠の中をご記入ください

受診児	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	香芝市
保護者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	(受診児の住所と同じ場合は記載不要です) 香芝市 TEL
受診医療機関等の住所及び名称		
初回検査日	年 月 日	
検査方法	自動 ABR 検査 ・ OAE 検査	

*自動聴性脳幹反応検査(自動 ABR)4,000 円、耳音響放射検査(OAE) 1,500 円を上限とする

計 金 ----- 円

<振込先>

支 払 機 関 名		預 金 種 別	口 座 番 号					
銀行 農協 信金	支店	普通・当座・その他()						
	店番	フリガナ						
		口座名義人						

*添付書類 (確認後☑)

- 新生児聴覚検査同意書兼受診券。ただし、受診券の交付を受けていない場合は不要とする。
- 母子健康手帳の写し(新生児聴覚検査の受診日及びその結果の記載があるページ、出生届出済証明のページ)。ただし新生児聴覚検査同意書兼受診券に結果の記載がある場合は不要とする。
- 新生児聴覚検査を受けた医療機関等が発行した領収書又は支払額等が確認できる書類の写し。

受付確認者 () 担当者 ()