

様式第4号（第12条関係）

### 新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書

下記の者については、新生児聴覚検査を実施し、これに係る検査費を下記のとおり領収したことを証明します。また、検査結果は下記のとおり報告します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

被 検 査 者	氏 名 (新生児)	
	生年月日	年 月 日
	住 所	

	検査日	検査方法	検査結果	検査費用
初回検査	年 月 日	AABR・OAE	右：パス 再検査	円
			左：パス 再検査	
確認検査 (再検査)	年 月 日	AABR・OAE	右：パス 再検査	円
			左：パス 再検査	

※ 医療機関 様へ

玄海町では、新生児聴覚検査費用について5,000円を上限に助成しています。

この証明書は、被検査者（新生児）の聴覚検査費用の明細がわかる領収書があり、母子健康手帳への検査結果の記載があれば必ずしも必要ありません。