

大阪市新生児聴覚検査費実施証明書

(あて先)大阪市長

(実施機関)

住 所
名 称
代表者名
電話番号

次の者について、次のとおり新生児聴覚検査を実施したことを証明します。

1 申請者(申請者記入)

申請者氏名 (保護者)		児との 続柄		電話 番号	
申請者の住所	〒				
フリガナ 受検者氏名 (対象児)	生年月日		年 月 日	
	男・女			在胎週数 ()週	
受検時の 児の住所 <small>※申請者と異なる場合に記載</small>	〒				
	大阪市				
フリガナ 母親の氏名	生年月日		年 月 日	

2 新生児聴覚検査の受検年月日、検査内容及び領収金額(医療機関等記入)

受検年月日	検査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR検査(自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> OAE検査(耳音響放射検査) ※どちらか1つの検査項目にのみチェックください。	

(備考)

- ※ 受検年月日、領収金額を記入のうえ、検査した項目にチェックください。
- ※ 本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。