

※この用紙は、健康診査実施機関で発行した領収書を紛失した場合に必要となります。なお、証明料は申請者の自己負担となります。

様式第 1 号

千葉市里帰り等新生児聴覚検査実施状況等証明書

年 月 日

健康診査実施機関 所在地  
 名 称  
 代表者名 印  
 連絡先電話番号  
 ※法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

新生児聴覚検査について、下記のとおり実施したことを証明します。

住 所						
フリガナ 母（産婦）氏名 及び生年月日		(生年月日 年 月 日)				
フリガナ 検査対象児の氏名 及び生年月日		(生年月日 年 月 日)				
連絡先 電話番号		— —				
検査年月日 *保険適用外の新生児聴覚検査について 記入		領収金額 * <b>保険適用外の 新生児聴覚検査料 (新生児支払額)</b> を記入。保険適用分（一部負担金） 及び検査以外の費用は除くこと。	検査機種	検査結果	受診票使用有無 *受診票等を使用した場合は、受診票の 発行自治体名と種別 (○回目、○券など)を 記入すること	備考
初回 検査	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> A B R <input type="checkbox"/> O A E	右: <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 左: <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー	無・有 ( 市町村/ 回目 票・券)	
確認 検査	年 月 日		<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> A B R <input type="checkbox"/> O A E	右: <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 左: <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		