

様式第2号（第6条関係）

新生児聴覚検査費領収証明書

年 月 日

上毛町長 様

(実施機関)

住所 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____

電話番号 _____

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次のとおり領収したことを証明します。また、検査結果についても、併せて報告します。

対象児	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	上毛町

検査内容及び領収金額

検査日	検査方法	検査結果	検査費用
年 月 日	AABR ・ OAE	右：パス ・ 再検査	円
		左：パス ・ 再検査	

(備考)

- ※1 本様式は、新生児聴覚検査にかかった領収金額が証明できない場合に使用してください。
- ※2 本証明書の発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担になります。