様式第1号（第７条関係）

上市町新生児等聴覚検査受診票

年度　№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 新生児等氏名  （対象児） | ※決まっていない場合は不要 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 母親の氏名 |  |
| 住　　　所 | 〒９３０－  上市町 | | |
| 電話番号 |  | | |

【医療機関記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受 検 年 月 日 | 検　　査　　内　　容 |
| 年　　　月　　　日 | □ 自動ＡＢＲ検査（自動聴性脳幹反応検査）   * ＡＢＲ検査（聴性脳幹反応検査） * ＯＡＥ検査（耳音響放射検査）   ※どちらか１つの検査内容のみにチェックしてください。 |
| 右　　耳 | パ　ス　　　・　　　リファー |
| 左　　耳 | パ　ス　　　・　　　リファー |
| 医療機関名  担当医師名 | ㊞ |

（ 備　考 ）

１　この受診票を委託医療機関に提出することにより、聴覚検査にかかる費用の請求について、全

額控除されます。

２　委託医療機関以外の医療機関で聴覚検査を受診する場合又は委託医療機関で聴覚検査　を受診し、かつ、当該委託医療機関からの請求における控除を受けていない場合には、聴覚検査を受診した日から60日以内に、上市町に申請することにより聴覚検査にかかった費用について、助成金の交付を受けることができます。

３　聴覚検査に要した費用に対する助成金は、聴覚検査を受診した日において、対象新生児等の

保護者の住所が上市町にある場合に支払われます。

４　この受診票は、検査結果記入後、交付した上市町に戻ります。

５　本証明書発行にかかる手数料等は、保護者負担となります。

様式第1号（第７条関係）

記入例

上市町新生児等聴覚検査受診票

年度　№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | **カミイチマチ　イチロウ** | 生年月日 | **令和 ○年 ○月　○日** |
| 新生児等氏名  （対象児） | **上市町　一郎**  ※決まっていない場合は不要 |
| フリガナ | **カミイチマチ　ハナコ** | 生年月日 | **平成 ○年 ○月 ○日** |
| 母親の氏名 | **上市町　花子** |
| 住　　　所 | **〒９３０－0361**  **上市町湯上野１１７６番地** | | |
| 電話番号 | **473-9356** | | |

【医療機関記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受 検 年 月 日 | 検　　査　　内　　容 |
| 年　　　月　　　日 | □ 自動ＡＢＲ検査（自動聴性脳幹反応検査）   * ＡＢＲ検査（聴性脳幹反応検査） * ＯＡＥ検査（耳音響放射検査）   ※どちらか１つの検査内容のみにチェックしてください。 |
| 右　　耳 | パ　ス　　　・　　　リファー |
| 左　　耳 | パ　ス　　　・　　　リファー |
| 医療機関名  担当医師名 | ㊞ |

（ 備　考 ）

１　この受診票を委託医療機関に提出することにより、聴覚検査にかかる費用の請求について、全

額控除されます。

２　委託医療機関以外の医療機関で聴覚検査を受診する場合又は委託医療機関で聴覚検査　を受診し、かつ、当該委託医療機関からの請求における控除を受けていない場合には、聴覚検査を受診した日から60日以内に、上市町に申請することにより聴覚検査にかかった費用について、助成金の交付を受けることができます。

３　聴覚検査に要した費用に対する助成金は、聴覚検査を受診した日において、対象新生児等の

保護者の住所が上市町にある場合に支払われます。

４　この受診票は、検査結果記入後、交付した上市町に戻ります。

５　本証明書発行にかかる手数料等は、保護者負担となります。