

松原市新生児聴覚検査費用証明書

※医療機関へのお願い

▼受検者の氏名と生年月日をご記入ください。

お子さんの氏名		生年月日	令和	年	月	日
お母さんの氏名		生年月日		年	月	日

▼検査費用の助成手続きのため、実施した検査について、下記の①～③の内容をすべてご記入ください。④と⑤は松原市が記入します。

① 検査名	② 検査年月日	③ 領収額	④ 基準額	⑤ 助成額
自動ABR	令和 年 月 日	円	円	円
OAE	令和 年 月 日	円	円	円

上記領収額を新生児聴覚検査にかかる本人負担額として領収したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 _____

医療機関名 _____ 印

代表者名 _____