第４号様式

川崎市新生児聴覚検査受診証明書

年　　月　　日

（宛先）川崎市長

（医療機関等の名称等）

所　在　地

名　　称

氏　　名　　㊞

記名押印または署名

次の川崎市新生児聴覚検査費用助成申請者について、対象児に対し新生児聴覚検査を受診させ、費用を支払ったことを証明します。

１．申請者（申請者記入）

フリガナ 申請者氏名 （自　署）		生年 月日	年　　月　　日 生
フリガナ 対象児氏名		生年 月日	年　　月　　日 生
申請者の 現住所及び連絡先	〒　　－ 電話　　－　　－		

２．新生児聴覚検査受診証明欄（医療機関等記入）

（１）支払状況

領収日	請求金額	領収金額
年　　月　　日	円	円

（２）検査の記録

検査項目	検査年月日	検査結果
初回検査 AABR OAE	年　　月　　日	右（パス・リファー） 左（パス・リファー）
確認検査 AABR OAE	年　　月　　日	右（パス・リファー） 左（パス・リファー）

（備　考）

１．本証明書は償還払い申請時に、紛失等により要綱第１１条第１項第１号、第２号又は第３号の書類が提出できない時に、提出が必要となるものです。

２．本証明書発行にかかる手数料等については、申請者の自己負担となります。