

平塚市 様式1号 (第5条関係)

平塚市新生児聴覚検査費用補助券



a 1 4 2 0 3 1 5 a

(AABR 医療機関専用券) 市町村送付用

検査費用から、**3,000円**差し引かれます。

有効期限：満4か月になる前日まで

見本様式①-1

太枠内は、保護者が記入し、病院、診療所等の窓口へ提出してください。

母子健康手帳No.

フリガナ 児の名前 (苗字だけでも可)	男・女	生年月日	年 月 日 (生後 日)
住 所	平塚市	電話 ()	
※検査当日に平塚市に住民票がない母又は子は使用できません。			

※この補助券の情報は、平塚市の保健指導に使用させていただきます。

実施医療機関記入欄

◎今回実施した検査の費用 _____ 円

◎検査結果 (結果にチェックしてください)

右耳	<input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー
左耳	<input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー

◎総合判定 (結果にチェックしてください)

- 異常を認めない
 再検査もしくは精密検査 (耳鼻科) が必要
 当院にて 他院紹介 (紹介先 _____)

◎平塚市への連絡事項

- 訪問指導を要する
 その他 (_____)

実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の名称
所在地・医師の氏名

～ご利用上の注意～

- この券は再交付いたしません。必ず妊婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。
- この券は指定医療機関で実施する新生児聴覚検査 (AABR) の初回検査にご利用いただけます。
- 住民票を平塚市外に移された方は、その日以降はご利用できません。
- 検査費用が公費負担額 (助成額) を超えた場合は、自己負担金が発生しますのでご了承ください。

～医療機関の方へ～

- 委託契約と請求に関するお問合せは、神奈川県産婦人科医会 (TEL : 045 - 242 - 4867) へ
- 「平塚市送付用」を翌月10日までに、請求書とともに神奈川県産婦人科医会へ送付してください。

平塚市 様式1号 (第5条関係)

平塚市新生児聴覚検査費用補助券

(AABR 医療機関専用券) 医療機関控

検査費用から、**3,000円**差し引かれます。

有効期限：満4か月になる前日まで

太枠内は、保護者が記入し、病院、診療所等の窓口へ提出してください。

見本様式①-2

母子健康手帳No.

フリガナ 児の名前 (苗字だけでも可)	男・女	生年月日	年 月 日 (生後 日)
住 所	平塚市	電話 ()	
※検査当日に平塚市に住民票がない母又は子は使用できません。			

※この補助券の情報は、平塚市の保健指導に使用させていただきます。

実施医療機関記入欄

◎今回実施した検査の費用 _____ 円

◎検査結果 (結果にチェックしてください)

右耳	<input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー
左耳	<input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー

◎総合判定 (結果にチェックしてください)

- 異常を認めない
 再検査もしくは精密検査 (耳鼻科) が必要
 当院にて 他院紹介 (紹介先 _____)

◎平塚市への連絡事項

- 訪問指導を要する
 その他 (_____)

実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の名称
所在地・医師の氏名

～ご利用上の注意～

- この券は再交付いたしません。必ず妊婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。
- この券は指定医療機関で実施する新生児聴覚検査 (AABR) の初回検査にご利用いただけます。
- 住民票を平塚市外に移された方は、その日以降はご利用できません。
- 検査費用が公費負担額 (助成額) を超えた場合は、自己負担金が発生しますのでご了承ください。

～医療機関の方へ～

- 委託契約と請求に関するお問合せは、神奈川県産婦人科医会 (TEL : 045 - 242 - 4867) へ
- 「平塚市送付用」を翌月10日までに、請求書とともに神奈川県産婦人科医会へ送付してください。

平塚市 様式1号 (第5条関係)

**平塚市新生児聴覚検査費用補助券
(AABR 医療機関専用券) 本人控**

見本様式①-3

検査費用から、**3,000円**差し引かれます。

有効期限：満4か月になる前日まで

太枠内は、保護者が記入し、病院、診療所等の
窓口へ提出してください。

母子健康手帳No.

フリガナ 児の名前 (苗字だけでも可)	男・女	生年月日	年 月 日 (生後 日)
住 所	平塚市	電話 ()	
※検査当日に平塚市に住民票がない母又は子は使用できません。			

※この補助券の情報は、平塚市の保健指導に使用させていただきます。

実施医療機関記入欄

◎今回実施した検査の費用 _____ 円

◎検査結果 (結果にチェックしてください)

右耳	<input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー
左耳	<input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー

◎総合判定 (結果にチェックしてください)

- 異常を認めない
 再検査もしくは精密検査 (耳鼻科) が必要
 当院にて 他院紹介 (紹介先 _____)

◎平塚市への連絡事項

- 訪問指導を要する
 その他 (_____)

実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の名称
所在地・医師の氏名

～ご利用上の注意～

- この券は再交付いたしません。必ず妊婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。
- この券は指定医療機関で実施する新生児聴覚検査 (AABR) の初回検査にご利用いただけます。
- 住民票を平塚市外に移された方は、その日以降はご利用できません。
- 検査費用が公費負担額 (助成額) を超えた場合は、自己負担金が発生しますのでご了承ください。

～医療機関の方へ～

- 委託契約と請求に関するお問合せは、神奈川県産婦人科医会 (TEL : 045 - 242 - 4867) へ
- 「平塚市送付用」を翌月10日までに、請求書と