

別記第2号様式（第9条関係）

音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査受診費用支払証明書  
（医療機関用）

この証明書は、音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査受診費用助成金交付申請の際に必要な書類となります。対象となる新生児の保護者等から依頼があった場合において、新生児聴覚検査受診費用の支払いが済んでいるときは、下記に該当する欄に記入の上、証明くださいますようお願いいたします。

申請者氏名		
新生児氏名（※） ※決まっている場合のみ		
住 所		
新生児聴覚検査を受診した日	年 月 日	
区 分	金 額	
自動 ABR	円	
O A E	円	
受診した検査区分のどちらかに金額を記載してください。		
備考		
受診医療機関	名 称	④
	所 在 地	
	電話番号	