

様式第2号（第7条関係）

大和高田市新生児聴覚検査費助成金交付に係る聴覚検査実施証明書

年 月 日

（宛先）大和高田市長

実施医療機関等

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

次の者について、下記のとおり新生児聴覚検査を実施したことを証明します。

1 検査を受けた新生児

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2 助成金の交付を申請する聴覚検査の内容

検査実施日	年 月 日
検査内容	自動 ABR ・ OAE
検査費用	円