

粕屋町長 様

年 月 日

### 粕屋町新生児聴覚検査費用助成申請書兼結果報告書

新生児聴覚検査は、任意の検査であることを理解したうえで、粕屋町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり聴覚検査費用の助成申請及び検査結果を報告します。

新生児 (受診者)	名 前		生年月日	年 月 日
申請者	名 前		生年月日	年 月 日
		新生児との続柄( )		
住 所	粕屋町		連絡先 電話番号	
検査実施日	年 月 日			
検査の種類	<input type="checkbox"/> AABR (自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> O A E (耳音響放射検査)	検査費用	円	
検査結果	【右耳】 <input type="checkbox"/> パス(反応あり) <input type="checkbox"/> リファー(要再検査) 【左耳】 <input type="checkbox"/> パス(反応あり) <input type="checkbox"/> リファー(要再検査)			
検査実施 医療機関	所在地 名 称			