

(様式第5号)

年 月 日

あて先 福岡市長

(実施機関)

住 所

名 称

代表者名

印

電話番号

下記の者について、新生児聴覚検査を実施し、検査料金について領収したことを証明します。

ふりがな		子との続柄	生年月日
保護者氏名			S・H 年 月 日
ふりがな			生年月日
赤ちゃんの氏名 (決まっている場合)			年 月 日

※保護者等が記入して下さい

◇ 検査内容及び領収金額（実施機関記入）◇

検査実施日	検査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	AABR ・ OAE	円

(備考) ※検査実施日、領収金額を記入の上、検査内容には使用した機器を○で囲んでください。
※本様式は、領収書等で新生児聴覚検査にかかった領収金額が証明できない場合に使用して下さい。
※本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。