

様式第1号（第5条関係）

立山町新生児等聴覚検査受診票

年度No.

| | | | | | |
|-----------------|---------------|------|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 新生児等氏名 (対象児) | ※決まっていない場合は不要 | | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 母親の氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒930- 立山町 | | | | |
| 電話番号 | () | | | | |

【医療機関記入欄】

| 受検年月日 | 検査内容 |
|-------|---|
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 自動ABR検査(自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> ABR検査(聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> OAE検査(耳音響放射検査) ※どちらか1つの検査内容にのみチェックください。 |
| 右 耳 | パス ・ リファー |
| 左 耳 | パス ・ リファー |
| 医療機関名 | |
| 担当医師名 | |

(備考)

- この受診票を委託医療機関に提出することにより、聴覚検査に係る費用の請求について、5,000円まで控除されることができます。ただし、5,000円を超えた分については、保護者負担となります。
- 委託医療機関以外において聴覚検査を行う場合又は委託医療機関からの請求における控除を受けない場合には、聴覚検査を行った日から60日以内に、立山町に申請することにより聴覚検査に係った費用について、5,000円を上限として助成金の交付を受けることができます。
- 聴覚検査の費用に対する助成金は、聴覚検査を行った日において、聴覚検査を行った児の保護者の住所が立山町にある場合に支払われます。
- この受診票は、検査結果記入後、交付した立山町に戻ります。
- 本証明書発行にかかる手数料等は、保護者負担となります。