

開成町 新生児聴覚検査費用補助券

検査費用総額から、次の金額が検査方法に応じて差し引かれます。

(助成上限額)

自動ABR **10,000** 円 / OAE **10,000** 円

(市町村送付用)

母子健康手帳 No.

太枠内は、産婦が記入し、病院・診療所等の窓口へ提出してください。

| | | |
|-------|------|--------|
| 新生児氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | 開成町 | 電話 () |
| 保護者氏名 | | |

※この補助券の情報は、開成町の保健指導に使用させていただきます。

実施医療機関記入欄

◎今回実施した検査（実施した項目にチェックしてください）

☐ 自動ABR

☐ ABR

☐ OAE

◎検査結果（検査結果にチェックしてください）

【右耳】 ☐ パス (Pass) ☐ 要検査 (Refer)

【左耳】 ☐ パス (Pass) ☐ 要検査 (Refer)

【紹介先医療機関】 ()

| | |
|----------------------|-------|
| 実施年月日 | 年 月 日 |
| 医療機関の名称 所在地・医師の氏名 | |

～ご利用上の注意～

※この券は、出産後、最初の新生児聴覚検査時にお使いください。

※検査は、出産後入院中に受けてください。里帰り出産等で入院中に受けられない場合は、出産後1か月までに受けてください。ただし医師の指示がある場合を除きます。

※検査当日に開成町に住民票がない方はご利用いただけません。

※検査費用総額が補助券金額未満のときはご利用いただけません。開成町にご連絡ください。

※医療機関の方へ

・委託契約と請求に関するお問合せは、神奈川県産科婦人科医会（TEL：045 - 242 - 4867）へ。

・「市町村送付用」を翌月10日までに神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。