

4

＊ 検査の記録 ＊

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)	年 月 日	右 (パス・リファア)
リファア (要再検査) の場合	年 月 日	左 (パス・リファア)

検査結果がある部分をコピーしてください
(注意:記録用紙が別紙で貼ってある場合は、記録用紙もコピーしてください)

乳児



5

母子健康手帳

Disney baby



年 月 日交付 No.
保護者の氏名
子の氏名 (第 子)
生年月日: 年 月 日 性別:

鴨 川 市

6

欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください●

【 申請に必要なもの 】

- ① 県外の医療機関で受診した領収書【原本】
- ② 県外の医療機関で受診した明細書【原本】
- ③ 未使用の新生児聴覚検査受診票 (1回=3枚1組)
- ④ 県外の医療機関で健康診査を受診した記録があるページをコピー※記録用紙が別紙で貼ってある場合は、貼ってある記録用紙もコピーしてください。
- ⑤ 母子手帳の表紙をコピー
- ⑥ 子の保護者 (申請者) の情報・出生届出済証明が記録されているページをコピー
- ⑦ 申請者名義の銀行口座がわかる書類のコピー (銀行名・支店名・貯金種目・口座番号・カタカナ氏名の記載がある書類のコピー)
※ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳の2ページ目"振込の受取口座"に記載された漢数字3桁の【店名】と【口座番号】のページをコピー
- ⑧ 申請者の認印 (シャチハタは使用できません)
- ⑨ 申請書「鴨川市新生児聴覚スクリーニング検査負担金交付申請書」

●子の保護者の情報、
●出生届出済証明が
記録されているものを
コピーしてください。

出生届出済証明

子の氏名	男・女
出生の場所	都道府県 市区町村
出生の年月日	年 月 日

上記の者については 年 月 日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

