

新生児聴覚検査費用の領収書に関する調査書

下記の理由により、接種医療機関へ検査実施の確認を市に依頼いたします。

令和 年 月 日

乳児氏名		
生年月日		年 月 日
住 所		土浦市
検査実施医療機関名 及び電話番号		電話番号
理 由		1 領収書紛失のため 2 領収書内容一部不備のため 3 その他 ()
確認項目	検査日	年 月 日
	検査料金	円

依頼された項目について実施医療機関に確認をしましたところ、申請書の内容と相違ありませんでした。

確認日	令和 年 月 日
確認先医療機関名	
確認先の担当者名	
確認した職員氏名	

見
本

新生児聴覚検査費用の領収書に関する調査書

下記の理由により、日付は記入しないで下さい。を市に依頼いたします。

令和 年 月 日

乳児氏名		
生年月日		年 月 日
住 所		土浦市
検査実施医療機関名 及び電話番号		電話番号
理 由		1 領収書紛失のため 2 領収書内容一部不備のため 3 その他 ()
確認項目	検査日	年 月 日
	検査料金	検査料金は記入しないで下さい。

依頼された項目について実施医療機関に確認をしましたところ、申請書の内容と相違ありませんでした。

確認日	令和 年 月 日
確認先医療機関名	
確認先の担当者名	
確認した職員氏名	