

## 医療機関御中

本市の住民が、貴院での新生児聴覚検査を希望しております。

本市基準額の範囲内で、検査料を補助したいと思っておりますので、貴院の様式の領収書（新生児聴覚検査の金額がわかるもの）を受診者にお渡しいただきますようお願いいたします。

また、本市様式新生児聴覚検査受診票に結果を御記入いただき、「下松市分」を受診者にお渡しください。

お手数をおかけいたしますが、よろしくお願いいたします。

御不明の点がありましたら、下記に御連絡ください。

下松市こども家庭課 母子保健係  
(こども家庭センター ハピスタくだまつ)  
〒744-0025  
山口県下松市中央町21-1  
(Tel 0833-41-1022)