附件5：

永嘉县新生儿疾病筛查实时减免对象登记汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 新生儿母亲/父亲姓名 | 新生儿母亲/父亲身份证号码 | 审核县（市、区） | 审核机构名称 | 筛查日期 | 新生儿筛查减免情况 |
| 遗传代谢病筛查减免金额93元 | 听力筛查减免金额45元 | 先心双指标筛查减免金额15元 | 小计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报机构（盖章）： 填报人（签名）： 填报日期：