附件3：

永嘉县新生儿疾病免费筛查审核表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生儿母亲姓名 |  | 身份证号码 |  | 户籍地址 |  |
| 新生儿父亲姓名 |  | 身份证号码 |  | 户籍地址 |  |
| 筛查项目经费减免 | （ ）新生儿听筛查减免45元（ ）新生儿遗传代谢性疾病筛查减免93元（ ）新生儿先天性心脏病双指标筛查减免15元 |
| 新生儿疾病筛查补助金额 | 合计：壹佰伍拾叁元 |
| 监护人签名： 年 月 日 | 审核单位盖章经手人签名：年 月 日 |
| 注：此联由筛查单位保存（第一联） |

**永嘉县新生儿疾病免费筛查审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生儿母亲姓名 |  | 身份证号码 |  | 户籍地址 |  |
| 新生儿父亲姓名 |  | 身份证号码 |  | 户籍地址 |  |
| 筛查项目经费减免 | （ ）新生儿听筛查减免45元（ ）新生儿遗传代谢性疾病筛查减免93元（ ）新生儿先天性心脏病双指标筛查减免15元 |
| 新生儿疾病筛查补助金额合计 | 合计：壹佰伍拾叁元 |
| 监护人签名： 年 月 日 | 审核单位盖章经手人签名：年 月 日 |
| 注：此联由审核单位保存（第二联） |