

大田市告示第26号

大田市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱を次のように定める。

令和5年3月24日

大田市長 楫野弘和

大田市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、新生児聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）に係る費用の一部を助成することにより、聴覚検査の普及啓発を進め、新生児の聴覚障がいの早期発見と早期支援を図るため、新生児聴覚検査費助成事業の実施について必要な事項を定めるものとする。

(検査の対象者)

第2条 聴覚検査の対象者は、大田市内に住所を有する者が出産した新生児とする。ただし、市長が特別な事由があると認めたものは、この限りではない。

(助成の対象費用及び助成額等)

第3条 助成の対象費用は、出産を取り扱う産科、小児科又は耳鼻咽喉科において出生後入院中又は外来の診療により受けた聴性脳幹反応検査（A B R）、自動聴性脳幹反応検査（A A B R）又は耳音響放射検査（O A E）に要する費用（以下「聴覚検査費」という。）とする。

2 前項に規定する聴覚検査費のうち、2,000円を上限に助成するものとする。

3 聴覚検査費の助成の回数は、新生児1人につき1回とする。

(受診票の交付)

第4条 市長は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第16条第1項に規定する母子健康手帳を交付するときに、新生児聴覚検査受診票（様式第1号。以下「受診票」という。）を対象者の保護者又は保護者に委任された者に交付する。

(費用の請求及び支払い)

第5条 大田市と委託契約した医療機関（以下「委託医療機関」という。）は、聴覚検査を実施したとき、前条の受診票の請求書欄に聴覚検査の

費用の額を記載した上で、当該受診票に新生児聴覚検査総括表（様式第2号）を添えて、当該検査を行った月の翌月10日までに島根県国民健康保険団体連合会に提出するものとする。

2 委託医療機関が聴覚検査について市長に請求できる額は、新生児一人当たり上限2,000円とする。

3 市長は、島根県国民健康保険団体連合会から聴覚検査に係る費用の請求があったときは、請求書の内容を審査の上、速やかに島根県国民健康保険団体連合会に支払うものとする。

（償還払いによる費用助成）

第6条 委託医療機関ではない医療機関において聴覚検査を受診し、その費用の助成を受けようとする者は、検査実施日から2年以内に新生児聴覚検査費助成申請書（様式第3号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

（1） 医療機関が発行する聴覚検査に係る領収書

（2） 母子健康手帳など当該検査の実施が証明できる書類

2 市長は、前項の請求があったときには、請求内容を確認の上、請求者に助成金を支払うものとする。

（支給の決定等）

第7条 市長は、前条に規定する申請を受けたときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、大田市新生児聴覚検査費助成決定通知書（様式第4号）により申請者に対し通知するものとする。

2 市長は、前項に規定する支給決定をした後、速やかに当該決定を受けた者に助成金を支給しなければならない。

（助成金の返還等）

第8条 市長は、偽りその他不正の行為によって、この要綱による助成を受けた者に対し、既に助成した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この告示は、令和5年4月1日から施行する。

2 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う

新生児聴覚検査受診票

No.()

乳児氏名			年	月	日生	
居住地	大田市 自治会()	保護者氏名				
<p>上記乳児の新生児聴覚検査を依頼します。</p> <p>年 月 日</p> <p>大田市長 印</p> <p>委託医療機関の長 様</p>						
検査の 所見又は 今後必要 な処置	初回検査	検査日	年	月	日	
		検査方法	AABR ・ ABR ・ OAE			
		右耳	パス ・ 要再検	左耳	パス ・ 要再検	
	連絡事項					
	年	月	日	担当者氏名	印	

No.()

<p>新生児聴覚検査費請求書</p>							
<p>金 円</p>	<p>市町村国保コード</p> <table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </table>	3	2	0	0	5	1
3	2	0	0	5	1		
<p>上記のとおり(乳児氏名)についての健康診査に要した費用を請求します。</p>							
<p>年 月 日</p>							
<p>委託医療機関の名称</p>							
<p>住所</p>							
大田市長様	氏名 印						

- (注) 1. 新生児聴覚検査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡してください。
 2. この受診票で新生児聴覚検査を受けるときは、その費用の一部が公費で負担されます。検査費用から助成額を除いた額が自己負担となります。
 3. この票は本人以外には使用できません。また、結果は大田市に報告されます。
 4. この検査に「パス」した場合でも、聴覚正常を100%保証するものではありません。

年 月分 新生児聴覚検査総括表

年 月 日

市町村国保コード

3	2	0	0	5	1
---	---	---	---	---	---

保険医療機関コード

--	--

島根県大田市長

保険医療機関の所在地及び名称

代表者氏名

印

区 分		件 数	請 求 額	備考
新生児聴覚検査	請 求	件	円	
	決 定			

(注) 1. 請求欄のみ記入すること。

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

新生児聴覚検査費助成申請書

大田市長

住 所 大田市

申請者（保護者）氏名

電話番号

下記の通り申請いたします。

記

新生児氏名		生年月日				年	月	日
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協						
		本店・支店・出張所						
	口座種別	普通預金 ・ 当座預金						
	口座番号							
	口座名義 ※カタカナで記入							
備考	添付物： 領収書・明細書・母子手帳・母子手帳別冊（新生児聴覚検査受診票に検査結果が記録されている場合のみ）							
助成金額	円							

市担当課記入欄

受付印	添付書類チェック
	<input type="checkbox"/> 領収書・明細書 <input type="checkbox"/> 金融機関の口座がわかるもの（写） <input type="checkbox"/> 母子手帳（写） <input type="checkbox"/> 母子手帳別冊