

県外で新生児聴覚検査を受ける方へ



県外の医療機関で、新生児聴覚検査を受診する場合は、『新生児聴覚検査受診票』が利用できません。

医療機関窓口にて一旦費用を自己負担していただき、後日、こども家庭センターへ償還払いの申請をしていただくと、費用が戻ります。(※助成額上限あり)

<申請のながれ> (※受診から1年以内に申請してください)

1. 医療機関で新生児聴覚検査を受診する。
2. **医療機関で「受診票」の所見欄、健診実施日・担当医師名等を記入してもらう。**
3. 医療機関の窓口で検査料金を支払う。
4. こども家庭センターへ下記①～④を提出し、償還払いの申請をする。
 - ①新生児聴覚検査助成申請書兼請求書 (※医療機関の記入欄あり)
 - ②新生児聴覚検査受診票
 - ③領収書
(※新生児聴覚検査と明記のもの、または診療明細書を一緒に持参)
 - ④申請者名義の通帳の写し
5. 申請からおおむね1～2か月後に助成額(※上限あり)をご指定の口座に振り込みます。

★必要書類①：

新生児聴覚検査助成申請書兼請求書

様式第4号(第9条関係)

| | | | |
|-------------|--------|------------------|----------|
| 申請者記入欄 | | 新生児聴覚検査助成申請書兼請求書 | |
| さくら市長 様 | | 年 月 日 | |
| 申請者 住所 さくら市 | | 氏名 | |
| 電話番号 | | 被検査者との続柄 | |
| 被検査者氏名 | (ふりがな) | 生 年 月 日 | |
| | | 男 | 年 月 日 |
| | | 女 | (満 歳 か月) |

※ 助成対象者は保護者です。申請者名と口座名義人は統一してください。

| | | |
|--------------|----------|------------|
| 振込先 金融機関名 | 銀行 支店 | 口座番号 (普・当) |
| | | フリガナ |
| | | 口座名義 |

- 添付書類
 (1) 受診票
 (2) 領収書の写し
 (3) 申請者名義の通帳の写し
 (4) その他市長が必要と認める書類

(市使用欄)

| | | | | | | |
|---------|-----|------|-----|---|------|-------|
| 決 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 | 受 付 | 年 月 日 |
| 裁 | | | | | 何 | 年 月 日 |
| | | | | | 決 定 | 年 月 日 |
| | | | | | 支 給 | 年 月 日 |
| 交付決定の状況 | | | | | 支給金額 | 円 |

★必要書類④：通帳の写し

※申請者名義のもの

★必要書類②：受診票

様式第1号(第4条関係) 新生児聴覚検査受診票

| | |
|-------|------|
| 氏 名 | 生年月日 |
| 居 住 地 | さくら市 |
| 続柄 | 届出日 |
| 出生日 | |

各受託医療機関の長 様

上記の病種が出席した新生児について、次の検査を委託します。
 なおこの検査の結果により保健師等による家庭指導を行うことがありますので、所見欄に結果を御記入ください。

| | | |
|-------------------------|--|---|
| 5,000円以上の場合 ○国を記入のこと | 5,000円未満の場合 ○県を記入のこと | 円 |
| 出 産 施設 | <input type="checkbox"/> 自院出産 | <input type="checkbox"/> 他院出産 |
| 検査日 | 年 月 日 (生後 日) | |
| 検査方法 | <input type="checkbox"/> 自動 ABR | <input type="checkbox"/> OAE |
| 検査結果 | 【右耳】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファアール) <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファアール) ※検査結果を母子手帳に記載してください | |
| 検査日 | 年 月 日 (生後 日) | |
| 検査方法 | <input type="checkbox"/> 自動 ABR | <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> その他 () |
| 検査結果 | 【左耳】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファアール) <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファアール) ※検査結果を母子手帳に記載してください 異常なし・要精密検査※-その他 () | |
| 総合所見 | ※精密検査結果を添付医療機関 自治医科大学病院 産婦人科 国際医療福祉大学クリニック 産科 その他 () | |
| 通 診 事 項 (保健師等の所見) | | |
| 年 月 日 | 受託医療機関名 担当医師氏名 | |

※必ず、医療機関に健診実施日
担当医名等を記入してもらう

★必要書類③：領収書

※受診票の健診日と同日のもの
 ※新生児聴覚検査と明記のもの、
 または診療明細書を一緒に持参

【お問合せ】 さくら市こども家庭センター TEL:028-616-3732