

伊勢原市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新生児への聴覚障害の早期発見・早期療育推進のために実施する新生児聴覚検査（以下「検査」という。）について、検査費用の一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(検査対象者)

第2条 検査の対象者（以下「検査対象者」という。）は、受検する日（以下「受検日」という。）において、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 令和5年4月1日以降に出生した乳児であって、検査を受けたことがないもの
- (2) その受検日において、市内に住所を有する者（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳に記録されるまでの間にある者を含む。）であって、生後3か月未満にあるもの

(検査機関)

第3条 検査は、日本国内の医療機関又は助産院（以下「検査機関」という。）において実施するものとする。

2 検査機関は、検査対象者の保護者（以下「保護者」という。）に対して、次に掲げる指導等を行うものとする。

- (1) 検査結果の説明及び必要な指導
- (2) 検査の結果、精密検査が必要な場合は、医療機関等の紹介及び助言指導
- (3) 検査の結果、事後指導が必要な場合は、市と連携し保健師等による保健指導その他の十分な事後指導を行うための配慮

(助成対象検査)

第4条 助成の対象となる検査は、検査対象者が出生後初めて受検した検査とし、検査の種類は、次のとおりとする。

- (1) 自動聴性脳幹反応検査（ABBR）
- (2) 聴性脳幹反応検査（ABR）
- (3) 耳音響放射検査（OAE）

(助成金の額及び助成回数)

第5条 助成金の額は、検査の種類に関わらず、3,000円（以下「助成上限額」という。）とする。ただし、検査に要した費用が助成上限額に満たない場合は、その額とする。

2 助成回数は、検査対象者1人につき1回とする。

(補助券の交付)

第6条 市長は、保護者に対し、検査対象者1人につき1回分の伊勢原市新生児聴覚検査費用補助券（保護者用・医療機関控・市送付用）（第1号様式。以下「補助券」という。）を交付する。

2 紛失又は毀損等による補助券の再交付はしない。

3 補助券は、第三者に譲り渡し、貸与し、又は担保に供してはならない。

(受検方法)

第7条 保護者は、母子健康手帳及び必要事項を記入した補助券を検査機関に提出する。

2 検査機関は、母子健康手帳及び補助券に検査の結果、保健指導の要否等の必要事項を記録し、保護者へ返却する。

3 保護者は、検査費用から助成上限額を差し引いた額を検査機関に支払うものとする。ただし、検査費用が助成上限額に満たない場合又は補助券を使用しなかった場合は、保護者は検査費用の全額を支払うものとする。

(検査に関する事務の委託)

第8条 検査の実施に当たり、神奈川県内の産科医療機関における補助券の取扱い及び精算等に関する手続を一元的に確保するため、これらの事務を神奈川県産科婦人科医会（以下「県産科医会」という。）に委託するものとし、補助券の取扱いについては次のとおりとする。

(1) 検査機関は、保護者から受領した補助券（市送付用）を県産科医会に送付するものとする。

(2) 県産科医会は、検査機関から送付された補助券（市送付用）を取りまとめた上で、市長に提出するものとする。

(3) 市長は、前号の提出があり、審査等の結果、その内容が適当と認めるときは、市と県産科医会との契約に定めるところにより検査費用を支払うものとする。

(償還払いによる助成)

第9条 第7条3項ただし書の規定により、補助券を使用せず検査費用の全額を自己負担した保護者は、償還払いにより検査費用の助成を受けることができる。

2 償還払いにより検査費用の助成を受けようとする保護者（以下「申請者」という。）は、伊勢原市新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書（第2号様式。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、検査対象者の出生日から1年以内に市長に提出しなければならない。

(1) 母子健康手帳（検査の受検結果が分かる部分）の写し

(2) 助成金に該当する未使用の補助券（市送付用）

(3) 検査費用を支払ったことを証明する書類（領収書等の写し）

(4) その他市長が必要と認める書類等

3 市長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査した上で速やかにその可否を決定し、伊勢原市新生児聴覚検査費用助成金決定通知書（第3号様式）により申請者へ通知するものとする。

4 市長は、助成金の支払いは申請者が指定した口座に助成金を振り込むものとする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し、必要な事項は市長が別に定める。

附 則（令和5年3月31日告示第57号）

この告示は、令和5年4月1日から施行する。

第1号様式(第6条関係)

バーコード

伊勢原市 新生児聴覚検査費用補助券

(医療機関専用券)
(検査費用から3,000円が差し引かれます。)

市送付用

有効期限:満3か月になる前日まで

母子手帳No.

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

伊

ふりがな 児氏名	(名前が決まっていない場合は空欄)	生年月日	年 月 日
保護者氏名		電話番号	
住所	伊勢原市		

実施医療機関記入欄	実施日	年 月 日			
	検査方法	<input type="checkbox"/> AABR	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> OAE	
	検査結果 (結果にチェックをしてください。 確認検査は実施した場合はみチェックして下さい)	初回検査	右耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
			左耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		確認検査	右耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
			左耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
	総合判定	1 異常を認めない 2 再検査もしくは精密検査が必要 紹介先() 3 その他()			
実施した検査の費用	() 円				
指示事項	<input type="checkbox"/> 連絡事項なし <input type="checkbox"/> 連絡事項あり (内容)				
医療機関名					
所在地					
医師氏名					

～ご利用上の注意～

- この券は再発行いたしません。必ず産婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。
- この券は新生児聴覚検査の初回検査にご利用いただけます。
- 検査実施日時時点で、伊勢原市に住民票がある方のみ利用できます。
- 検査費用が3,000円未満のときはご利用いただけません。償還払い制度があります。子育て支援課にご連絡ください。(電話:0463-94-4637)

～医療機関の方へ～

- 「市町村送付用」を翌月10日までに神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。
- 契約や請求等に関するお問い合わせは、神奈川県産科婦人科医会(電話:045-242-4867)へ。詳しくは神奈川県産科医会のHPをご覧ください。URL: <http://www.kaog.jp/>

バーコード

伊勢原市 新生児聴覚検査費用補助券

(医療機関専用券)
 (検査費用から3,000円が差し引かれます。)
 有効期限: 満3か月になる前日まで

医療機関控

母子手帳No.

伊

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

ふりがな 児氏名	(名前が決まっていない場合は空欄)	生年月日	年 月 日
保護者氏名		電話番号	
住所	伊勢原市		

実施医療機関記入欄	実施日	年 月 日	
	検査方法	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	
	検査結果 (結果にチェックをしてください。 確認検査は実施した場合はみチェックして下さい)	初回検査	右耳 <input type="checkbox"/> パス(異常なし) <input type="checkbox"/> リファー(要再検) 左耳 <input type="checkbox"/> パス(異常なし) <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		確認検査	右耳 <input type="checkbox"/> パス(異常なし) <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
			左耳 <input type="checkbox"/> パス(異常なし) <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		総合判定	1 異常を認めない 2 再検査もしくは精密検査が必要 紹介先() 3 その他()
	実施した検査の費用	() 円	
指示事項	<input type="checkbox"/> 連絡事項なし <input type="checkbox"/> 連絡事項あり (内容)		
医療機関名 所在地 医師氏名			

～ご利用上の注意～

- この券は再発行いたしません。必ず産婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。
- この券は新生児聴覚検査の初回検査にご利用いただけます。
- 検査実施日時点で、伊勢原市に住民票がある方のみ利用できます。
- 検査費用が3,000円未満のときはご利用いただけません。償還払い制度があります。子育て支援課にご連絡ください。(電話: 0463-94-4637)

～医療機関の方へ～

- 「市町村送付用」を翌月10日までに神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。
- 契約や請求等に関するお問い合わせは、神奈川県産科婦人科医会(電話: 045-242-4867)へ。詳しくは神奈川県産科婦人科医会のHPをご覧ください。URL: <http://www.kaog.jp/>

伊勢原市 新生児聴覚検査費用補助券

(医療機関専用券)
(検査費用から3,000円が差し引かれます。)

保護者用

有効期限:満3か月になる前日まで

母子手帳No.

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

伊

ふりがな 児氏名	(名前が決まっていない場合は空欄)	生年月日	年 月 日
保護者氏名		電話番号	
住所	伊勢原市		

実施医療機関記入欄	実施日	年 月 日			
	検査方法	<input type="checkbox"/> AABR	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> OAE	
	検査結果 (結果にチェックをしてください。 確認検査は実施した場合はみチェックして下さい)	初回検査	右耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
			左耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		確認検査	右耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
			左耳	<input type="checkbox"/> パス(異常なし)	<input type="checkbox"/> リファー(要再検)
	総合判定	1 異常を認めない 2 再検査もしくは精密検査が必要 紹介先() 3 その他()			
実施した検査の費用	() 円				
指示事項	複写なし				
医療機関名					
所在地					
医師氏名					

～ご利用上の注意～

- この券は再発行いたしません。必ず産婦ご本人が母子健康手帳と一緒に大切に所持してください。
- この券は新生児聴覚検査の初回検査にご利用いただけます。
- 検査実施日時時点で、伊勢原市に住民票がある方のみ利用できます。
- 検査費用が3,000円未満のときはご利用いただけません。償還払い制度があります。子育て支援課にご連絡ください。(電話:0463-94-4637)

～医療機関の方へ～

- 「市町村送付用」を翌月10日までに神奈川県産科婦人科医会へ送付してください。
- 契約や請求等に関するお問い合わせは、神奈川県産科婦人科医会(電話:045-242-4867)へ。詳しくは神奈川県産科婦人科医会のHPをご覧ください。URL: <http://www.kaog.jp/>

伊勢原市新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住所 伊勢原市
氏名
電話

印

次のとおり伊勢原市新生児聴覚検査費用助成金について関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、この申請に基づく助成金の交付に当たり確認等が必要な場合には、市が受検した医療機関等に問い合わせることに同意します。

検査対象者	フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日	
	住所	〒 伊勢原市		
	保護者名	(続柄)	母子健康手帳No.	
	検査機関	検査機関名: 所在地:	電話番号:	
支給方法		口座支払い		
振込先	金融機関名	銀行・信用組合・金庫・農協・その他 本店・支店・支所・営業所	口座種別	普通 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人		

	検査日	検査方法	検査結果
初回検査	年 月 日	AABR ・ ABR ・ OAE	右: パス 再検査 左: パス 再検査
初回検査費用		円	助成金の上限額 3,000円
助成金申請額		円	

《添付書類》

- ①母子健康手帳(新生児聴覚検査結果が分かる箇所)写し
- ②新生児聴覚検査費用補助券
- ③領収書写し

《その他》

※ 申請期間は、出生日から1年以内です。

※ 助成対象となる検査は初回検査のみです。確認検査は助成対象外となります。

第 号
年 月 日

伊勢原市新生児聴覚検査費用助成金決定通知書

様

伊勢原市長



年 月 日付けで申請及び請求のありました新生児聴覚検査費用助成金について次のとおり決定しましたので通知します。

伊勢原市新生児聴覚検査の助成金を 支給します ・ 支給しません		
※ 支給しない理由()		
検査対象者	住所 伊勢原市 氏名	
受検日	年 月 日	
助成金決定額	円	
支払方法	口座払い	
振込先	振込金融機関	
	口座番号	
	口座名義人	
	振込予定日	年 月 日

(事務担当は、)