

令和4年4月1日以降に生まれ聴覚検査をしたお子さんへ

# 新生児聴覚スクリーニング検査費用の一部を助成します！

七尾市では、出産後に医療機関で実施する新生児聴覚スクリーニング検査費用の一部を助成します。  
下記をご覧の上、助成申請の手続きをしてください。

### 対象者

令和4年4月1日以降に生まれ検査当日、七尾市に住所を有し、生後3か月までに新生児聴覚スクリーニング検査を受けたお子さんをもつ保護者

### 対象となる検査

- 自動 ABR 検査（自動聴性脳幹反応検査）
  - OAE 検査（耳音響放射検査）
- 上記検査のうち、いずれか1回（初回検査）となります。  
保険診療にかかる費用は対象外です。



### 助成上限額

お子さんひとりにつき3,000円  
上限を超える費用は、自費でお支払いください。  
上限を満たない場合は、検査費用の額となります。

### 検査の受け方

産科医療機関等で検査の説明を受け、検査を受けてください。その後、検査の結果について説明があります。

### 助成方法

- 県内医療機関にて検査した場合
  - 「新生児聴覚スクリーニング検査受診票」を検査医療機関へ渡し、検査を受けてください。
  - 検査料金から3,000円を差し引いた金額を窓口でお支払いください。
- 県外医療機関にて検査した場合（償還払い）
  - 県外医療機関で新生児聴覚検査を受け、その費用を自己負担された方は、必要書類を添えて申請してください。
  - 申請先 健康推進課
  - 必要書類
    - ① 助成金支給申請書
    - ② 新生児聴覚検査に係る領収書  
または新生児聴覚検査費用領収証明書（下記証明書）  
※聴覚検査にかかる費用であることがわかる領収書を提出してください。
    - ③ 母子健康手帳の写し  
（聴覚検査の結果が確認できるもの）
    - ④ 振込先口座の通帳のコピー
  - 申請期限 検査を受けた日から1年以内

<お問い合わせ先・申請先>

七尾市健康福祉部健康推進課

住所：七尾市御祓町1番地 パトリア3階 電話番号：53-3624

新生児聴覚検査費用助成事業提出用

新生児聴覚検査領収証明書

産婦氏名 \_\_\_\_\_

金 \_\_\_\_\_ 円

新生児聴覚検査費用として上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

印

※新生児聴覚検査の費用が分かる領収書がない場合は、医療機関に依頼し、こちらの証明書を提出ください。医療機関印のないものや領収金額を訂正したものは無効になります。