

魚津市告示第33号

魚津市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和2年3月30日

魚津市長 村椿 晃

魚津市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新生児等の聴覚異常の早期発見・早期療育を図るため、新生児等聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）に要する費用の全部又は一部を助成すること（以下「事業」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 聴覚検査の対象者は、市内に住所を有する者が出産した生後6月以内の乳児（以下「対象新生児等」という。）とする。

(聴覚検査の内容)

第3条 聴覚検査の内容は、対象新生児等に対して初めて実施する聴覚検査であって、次のいずれかに該当するものとする。

(1) 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）

(2) 聴性脳幹反応検査（ABR）

(3) 耳音響放射検査（OAE）

2 前項に規定する新生児等聴覚検査の結果に係る確認検査は、事業の対象としない。

(実施機関)

第4条 聴覚検査は、次の各号に掲げる医療機関において実施するものとする。

(1) 市長が聴覚検査の実施を委託した医療機関（以下「委託医療機関」という。）

(2) 聴覚検査を実施することができる委託医療機関以外の医療機関（以下「委託医療機関以外の医療機関」という。）

(受診票の交付)

第5条 市長は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第15条に規定する妊娠の届出があったときは、当該届出を行った者に魚津市新生児等聴覚検査

受診票（様式第1号。以下「受診票」という。）を交付する。

2 市長は、市外から妊婦の転入が確認されたときは、当該妊婦に対し、受診票を交付する。

（実施方法）

第6条 委託医療機関において聴覚検査を受けるときは、対象新生児等の保護者は、当該委託医療機関へ受診票を提出するものとする。

（聴覚検査費用の請求等）

第7条 委託医療機関は、聴覚検査に要した費用（以下「検査費用」という。）を請求しようとするときは、聴覚検査を実施した日の属する月の翌月10日までに、魚津市新生児等聴覚検査費用請求書（様式第2号）に検査結果を記載した受診票を添えて、市長に提出するものとする。

（償還払）

第8条 市長は、委託医療機関以外の医療機関で聴覚検査を受けた又は委託医療機関からの請求における控除を受けない対象新生児等の保護者に対し、新生児等の保護者聴覚検査に要した費用の全部又は一部を助成するものとする。

2 前項の規定による助成を受けようとする者は、聴覚検査を受診した日から60日以内に、魚津市新生児等聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書（様式第3号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

（1） 聴覚検査に係る領収書

（2） 新生児等聴覚検査受診票

（3） その他市長が必要と認める書類

3 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定し、魚津市新生児等聴覚検査費用助成金交付決定（却下）通知書（様式第4号）により当該申請者に通知するものとする。

（助成の額）

第9条 市長は、第3条に規定する聴覚検査に要する費用について、1回当たり5,000円を上限に助成するものとする。

（検査結果に係る助言指導）

第10条 市長は、第6条又は第8条2項に規定する受診票の提出があったときは、その内容を確認し、必要があると認めるときは、聴覚検査を受診した対象新生児等の保護者に対して必要な助言又は指導を実施するものとする。

（助成金の返還）

第11条 市長は、虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該交付した助成金の額の全額又は一部を返還させることができる。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和2年4月1日から施行し、同日以後に出生する新生児について適用する。

(この告示の失効)

2 この告示は、令和5年3月31日限り、その効力を失う。

様式第1号（第5条関係）

魚津市新生児等聴覚検査受診票

年度 No.

フリガナ		生年月日	年	月	日
新生児等氏名 (対象児)	※決まっていない場合は不要				
フリガナ		生年月日	年	月	日
母親の氏名					
住所	〒937- 魚津市				
電話番号	()				

【医療機関記入欄】

受検年月日	検査内容
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR検査(自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> ABR検査(聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> OAE検査(耳音響放射検査) ※どちらか1つの検査内容にのみチェックください。
右 耳	パス ・ リファー
左 耳	パス ・ リファー
医療機関名	
担当医師名	(印)

(備考)

- この受診票を委託医療機関に提出することにより、聴覚検査に係る費用の請求について、5,000円まで控除されることができます。ただし、5,000円を超えた分については、保護者負担となります。
- 委託医療機関以外において聴覚検査を行う場合又は委託医療機関からの請求における控除を受けない場合には、聴覚検査を行った日から60日以内に、魚津市に申請することにより聴覚検査に係った費用について、5,000円を上限として助成金の交付を受けることができます。
- 聴覚検査の費用に対する助成金は、聴覚検査を行った日において、聴覚検査を行った児の保護者の住所が魚津市にある場合に支払われます。
- この受診票は、検査結果記入後、交付した魚津市に戻ります。
- 本証明書発行にかかる手数料等は、保護者負担となります。

様式第2号（第7条関係）

魚津市新生児等聴覚検査費用助成金請求書

年 月 日

魚津市長 あて

住 所

医療機関名

代表者名

印

魚津市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、
年 月分の新生児等聴覚検査費用助成金を下記のとおり
魚津市新生児等聴覚検査受診票を添えて請求します。

記

区 分	助 成 額	人 数	金 額
新生児等聴覚検査	自動A B R検査 円	人	円
	A B R検査 円	人	円
	O A E検査 円	人	円
		合 計	円

※検査の種別ごとに、記入してください。

※検査費用は1人1回5,000円を上限とし、請求してください。

振込先

金 融 機 関	銀行 信用金庫 農協	店	口座種別	普通・当座
			口座番号	
口 座 名 義 人	フリガナ			

※魚津市に請求するのが初めての医療機関のみご記入ください。

様式第3号（第8条関係）

魚津市新生児等聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

魚津市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第8条第3項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、新生児等聴覚検査費用助成金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を確認することに同意します。

1 申請者（申請者記入）

フリガナ		生年月日	年	月	日
新生児等氏名 (対象児)					
住 所	〒937- 魚津市				
フリガナ		児との		電話	
申請者氏名 (保護者)	印	続柄			
申請者の住所 ※児と異なる場 合に記載	〒 -				

2 請 求 額 _____ 円

※ 検査費用は5,000円を上限とし、請求してください。

3 振込先

金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	店	口 座 別	普通 ・ 当座
			口 座 号	
口 座 名 義 人	フリガナ			

（添付書類）

- (1) 聴覚検査に係る領収書
- (2) 新生児等聴覚検査受診票
- (3) その他市長が必要と認める書類

魚津市新生児等聴覚検査費用助成金交付決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

魚津市長 印

年 月 日付けで申請のありました魚津市新生児等聴覚検査費用助成金について、魚津市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり交付することを決定（却下）しましたので通知します。

記

1 交付決定

交付決定額 金 _____ 円

2 却下

（理由）

※この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、魚津市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）