

「新生児聴覚検査」とは生後間もない時期（退院までの間）に産科医療機関等で実施している耳の聞こえの検査です。生まれつきの耳の聞こえにくさがあるお子さんは、1000人に1~2人いると言われており、早期に発見されて支援を受けることで発達への影響を最小限に抑えることができるので、必ず検査を受けましょう。



【対象】 下記①②の条件を満たすお子さん

- ① 新生児聴覚検査実施日に粕屋町に住民票がある
- ② 出生後、28日以内に聴覚検査を受診した ※特別な事情で28日以降にされた場合はご相談ください

【対象検査】 下記いずれかの方法での自己負担による初回検査。保険診療による検査は対象外です。

- AABR 検査（自動聴性脳幹反応検査）→音を聞かせて脳の反応をみる検査
- OAE 検査（耳音響放射検査）→内耳からの反響音を調べる検査

【検査費用の助成までの流れ】

●契約医療機関（下記）の場合：

保護者による手続きは不要です。助成額を差し引いた額が医療機関で請求されます。

| 医療機関名 | 住所 | 電話番号 |
|--------------|-----------------|--------------|
| ゆいレディースクリニック | 粕屋町原町5丁目12-1 | 092-939-3517 |
| 筑紫クリニック | 志免町志免中央3丁目1番30号 | 092-936-3939 |
| 権丈産婦人科医院 | 志免町志免3丁目2-14 | 092-935-0505 |
| 青葉レディースクリニック | 福岡市東区若宮5丁目18-21 | 092-663-8103 |
| 千鳥橋病院 | 福岡市博多区千代5丁目18-1 | 092-641-2761 |

●契約外医療機関の場合：

一旦産科医療機関等に検査費用をお支払いいただき、その後こども家庭センター（粕屋町健康センター内）にて償還払い（払い戻し）の申請が必要です。※下記参照

※助成の対象は、日本国内に限ります。

【契約外医療機関での検査費用を申請する場合（償還払い）】

「粕屋町新生児聴覚検査費用助成申請書（請求書）兼結果報告書」にご記入の上、必要な添付書類と一緒にこども家庭センター（粕屋町健康センター内）までご郵送ください。他の申請書等を同封しないでください。また、来所での受付もいたします。

●助成金額：上限5,000円

※上限を超えた分の費用は、自己負担になりますのでご了承ください。

※上限額に満たない場合はその額を助成します。

●申請期限：検査費用の支払日から6か月以内。

●償還払いの申請に必要なもの

1. 粕屋町新生児聴覚検査費用助成申請書（請求書）兼結果報告書（様式第3号）
 2. 医療機関が発行する聴覚検査の領収書及び診療明細書の写し
 - ・検査費用が出産費用に含まれている場合は、その領収書のコピーを添付してください。
 - ・診療明細書が発行されている場合は、そのコピーを併せて添付してください。
- ※領収書及び診療明細書がなければ、費用の助成ができません。**
3. 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写し
 - ・保護者、もしくは新生児聴覚検査を受けたお子さん本人の口座を指定できます。
 4. 新生児聴覚検査結果（母子手帳に記録または貼付されている検査結果等）の写し
 5. 申請者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）の写し

<記入例>

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|--|
| 粕屋町長 様 | | | | |
| 令和6年6月11日 | | | | |
| 粕屋町新生児聴覚検査費用助成申請書(請求書)兼結果報告書 | | | | |
| 新生児聴覚検査は、任意の検査であることを理解したうえで、粕屋町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり聴覚検査費の助成申請(請求)及び検査結果を報告します。 | | | | |
| 新生児 (受診者) | 名 前 | 粕屋 ゆたか | 生年月日 | R6年 4月 1日 |
| 申請者 | 名 前 | 粕屋 こころ <small>新生児との続柄(母)</small> | 生年月日 | H1年 4月 1日 |
| 住 所 | 粕屋町 | 駕与丁1-1-1 | 連絡先 電話番号 | 092-938-0258 |
| 検査実施 医療機関 | 名 称 | 粕屋産婦人科 | 所在地 | 粕屋町駕与丁1-1- |
| 検査実施日 | R6年 4月 3日 | 検査の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE | 検査結果 【右耳】 <input checked="" type="checkbox"/> パス ロリファー(要再検) 【左耳】 <input checked="" type="checkbox"/> パス ロリファー(要再検) |
| 検査費用 | 自己負担額(領収書金額) 4500 円 | 助成申請額 | 4500 円 | <small><実際に検査に要した自己負担額と上限額(5,000円)のいずれか低い額</small> |

【振込先口座記入欄】

| | | | | |
|-----------|---------|----------------|--------------------------------------|--|
| 口座名義人 | フリガナ | カスヤ ココロ | 名義人名 | 粕屋 こころ |
| 金融機関名 | | 支店名 | 分類 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 |
| 粕屋 | | 粕屋 | <small>本・支店 本・支所 出張所</small> | 右詰めで記入を |
| 金融機関コード | ○ ○ ○ ○ | 支店コード | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ |

【添付書類】

- ① 医療機関が発行する聴覚検査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- ② 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し
- ③ 新生児聴覚検査結果(母子手帳に記録または貼付されている検査結果等)の写し
- ④ 申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証の写し等)

【申請書類郵送先・問合せ先】

〒811-2392 福岡県糟屋郡粕屋町駕与丁1丁目1番1号

こども家庭センター（粕屋町健康センター内）子ども未来課 母子保健係 ☎092-938-0258