## ★受診先の兵庫県外の医療機関にお渡しください

# 新生児聴覚検査実施医療機関の皆様へ（お願い）

高砂市では、新生児聴覚検査の費用の一部((A)ABR 5,500 円 OAE 2,000 円)を助成しています。

高砂市の新生児聴覚検査費助成事業では、兵庫県外の医療機関との個別契約および支払いを行っておりません。そのため、兵庫県外の医療機関で受けた新生児聴覚検査費用は、いったん保護者様が自費で支払いを行い、高砂市に償還払いの手続きが必要になります。

高砂市に償還払いの手続きをするためには、必要書類及び確認事項等があります（裏面参照）。お手数をおかけしますが、下記のとおり記載内容等を確認いただきますようお願い申しあげます。

なお、検査の対象者は、検査日に高砂市に住民登録のある児（令和４年４月１日以降に生まれた生後６か月までの児）です。

## ＜医療機関確認事項＞

（1）　高砂市新生児聴覚検査費助成券（※）の【医療機関記入欄】に必要事項をご記入ください。

※母子健康手帳の交付日が令和４年３月 31 日までの方（令和４年３月 31 日までに妊娠届出された方）は助成券はお持ちではありませんので下記にご記入し、保護者に手渡して下さい。

【医療機関記入欄】

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 母 | 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 児 | 氏名 | ※決まっている場合 | 性別 | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 令和　　年　　月　　日 | ※多胎児の場合（　　）子中（　　）子 | |

| | 初回検査 | 確認検査 |
|---|---|---|
| 受検年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 検査方法 | □(A)ABR　□OAE | □(A)ABR　□OAE |
| 検査結果 | 右 □パス　□再検査（リファー）<br>左 □パス　□再検査（リファー） | 右 □パス　□再検査（要精密検査）<br>左 □パス　□再検査（要精密検査） |
| 医療機関名 | | |

（2）　検査結果は、保護者の同意を得た上で母子健康手帳に記録するか、又は検査結果の写しを添付してご説明ください。

（3）　領収書（産婦または受検児名、受検日、医療機関名、領収印及び検査費が記載されているもの）を保護者様にお渡しください。

【お問合せ先】　高砂市子育て世代包括支援センター（健康増進課）　０７９－４４３－３９５０

※裏面（保護者の皆様へ（ご案内））

# 保護者の皆様へ（ご案内）

協力医療機関以外の受診などで、助成を受けずに費用を自己負担された方は償還払いの手続きができます。

**手続きの期限は、お子様が６か月になるまで**です。必ず期限内に手続きしてください。

## ＜償還払いの手続き方法＞

（1）期限　　児の出生日から６か月以内（例 ４月１日出生の場合１０月１日まで）

（2）申請場所　　高砂市子育て世代包括支援センター（健康増進課）
高砂市役所２階４番窓口

（3）必要なもの　未使用の助成券（※1）、母子健康手帳又は受検内容や結果が分かるもの、領収書（産婦又は受検者名、受検日、医療機関名、領収印、及び受検料が記載されているもの）、振込先口座のわかるもの、印鑑（※2）

※1 令和４年３月 31 日までに妊娠届出をされた方は償還払いの手続き時に交付します。
表面の【医療機関記入欄】に必要事項記入のうえ、この用紙も持参してください。

※2 口座名義人が請求者（保護者）以外の場合は、委任者（保護者）の記名押印(朱肉を使用するもの)が必要となります。

【お問合せ先】　高砂市子育て世代包括支援センター（健康増進課）　０７９－４４３－３９５０