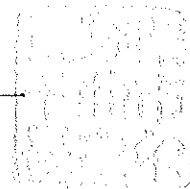


千曲市告示第45号

千曲市新生児聴覚検査支援事業実施要綱を次のように定める。

令和6年3月25日

千曲市長 小川 修



千曲市新生児聴覚検査支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新生児の聴覚に関する異常の早期発見及び早期療育を図るため、医療機関又は助産所（以下「医療機関等」という。）において受けた新生児聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）に要する費用（以下「検査料」という。）の一部を助成する千曲市新生児聴覚検査支援事業の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(検査対象者)

第2条 検査の対象となる者（以下「検査対象者」という。）は、検査時において本市の住民基本台帳に記録されている保護者が出産した新生児（母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第6条第5項に規定する乳児をいう。以下同じ。）とする。

(助成対象者)

第3条 助成の対象者（以下「助成対象者」という。）は、検査対象者の保護者とし、検査を受ける時点において本市の住民基本台帳に記録されているものとする。

(助成対象となる聴覚検査)

第4条 助成の対象となる聴覚検査は、初回検査及び初回検査で要再検査となったときに受ける確認検査とし、次の各号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
- (2) 耳音響放射検査

2 助成の対象となる検査の期間は、生後1月以内とする。ただし、早産であることその他やむを得ない事情により当該期間内に検査を受けることができない検査対象者については、市長が別に定める期間内とする。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、前条に規定する聴覚検査の検査料とし、検査対象者1人につき5,000円を上限とする。

2 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの又は国若しくは地方公共団体が別に負担する対象となるものは助成の対象外とする。

(受検票の交付)

第6条 市長は、次の各号のいずれかに該当する者に対し、千曲市新生児聴覚検査受検票（補助券）（様式第1号。以下「受検票」という。）を交付するものとする。

- (1) 本市の住民基本台帳に記録されている者のうち、本市に妊娠届出書（法第15条の規定による妊娠の届出書をいう。以下同じ。）を提出した者
- (2) 妊娠届出書を他の地方公共団体に提出した日以後に本市に転入した者（当該妊娠届出書に係る子を転入日以前において出産していない者に限る。）

(実施医療機関等)

第7条 聴覚検査は、長野県医師会の会員である医師が開設又は管理する医療機関、長野県助産師会の会員である助産所のうち健康診査を実施する助産所その他市長が適当と認める医療機関（以下「実施医療機関等」という。）で実施するものとする。

(検査方法等)

第8条 助成対象者は、実施医療機関等において検査するときは、受検票を提出し、検査料から第5条第1項に規定する助成金を控除した額を実施医療機関等に支払うものとする。

(実施医療機関等からの請求等)

第9条 検査を実施した実施医療機関等は、検査料が5,000円に達しないときは当該検査料の全額を、検査料が5,000円を超えるときは5,000円を市長に請求するものとする。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、請求内容を審査の上、当該実施医療機関等に支払うものとする。

3 市長は、前2項に規定する請求及び支払に係る事務を長野県国民健康保険団体連合会に委託するものとする。

(実施医療機関等以外で検査した場合の助成)

第10条 検査対象者が実施医療機関等以外の医療機関等において検査したときは、第5条第1項の額を限度額として、当該助成対象者に助成金を支払うものとする。

2 前項に規定する助成対象者が助成金の申請をするときは、聴覚検査を受けた日から起算して90日以内に千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金交付申請書(様式第2号。以下「申請書」という。)に次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、やむを得ない事情により当該期間内に提出できなかつた場合は、この限りでない。

(1) 受検票(医療機関等における当該検査の結果等が記載されたものに限る。)

(2) 検査料に係る領収書(助成対象者の氏名、検査料の額、受診日及び実施医療機関等以外の医療機関等の名称が記載されたもの)

(3) 母子健康手帳の表紙の写し及び新生児聴覚検査結果記録が記載されている箇所の写し

(4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 市長は、前条の規定により申請書の提出を受けたときは、その内容を審査の上、助成金の交付の可否を決定し、千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金交付(不交付)決定通知書(様式第3号)により当該申請者に通知するものとする。

4 市長は、前項の審査に際し、必要があると認めるときは、検査をした医療機関等に申請の内容について確認することができる。

5 第3項の規定による助成金の交付決定の通知を受けた者は、千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金交付請求書(様式第4号)を市長に提出するものとする。

(助成金の返還)

第11条 市長は、虚偽その他の不正な手段により助成金の交付を受けたものに対しては、交付した補助金の全部または一部の返還させるものとする。

(補則)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行し、施行の日以後に生まれた検査対象者の聴覚検査について適用する。

千曲市新生児聴覚検査 受検票(補助券)

※新生児聴覚検査の対象者は生後1か月以内など生後間もない時期の新生児となります。

※助成上限額を超えた分は保護者負担となります。

※太線枠内へご記入のうえ、医療機関又は助産所に提出してください。

※この検査結果は市町村へ情報提供されます。

市町村名		交付番号	交付年月日	年 月 日
------	--	------	-------	-------

フリガナ 児氏名 (決定している場合)				
生年月日	年	月	日	日生
保護者氏名				
住所				
連絡先	(携帯)			(自宅)
里帰り	<input type="checkbox"/> あり 里帰り先住所: <input type="checkbox"/> なし			

上記の者の新生児聴覚検査を依頼します。

千曲市長

㊟

医療機関等の長 様

助成内容	
<input type="checkbox"/> 初回のみ(1回)	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 上限 円
<input type="checkbox"/> 初回及び確認(2回)	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 上限 円(総額) <input type="checkbox"/> 上限 円(検査単価)
●長野県内の医療機関等で受検された場合、検査料を助成します。 ●助成上限額を超えた額は保護者負担となります。また、検査料が助成上限額に満たない場合は、その額を請求してください。 ●実施したすべての検査の結果を記載いただきますようお願いいたします。	

医療機関等記入欄	検査日	初回検査	確認検査	
		年 月 日 (生後 日)	年 月 日 (生後 日)	
	分娩機関	<input type="checkbox"/> 同検査機関 <input type="checkbox"/> 他医療機関 (分娩機関名 :)		
	検査機器	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE		
	検査結果	右	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
指示事項	<input type="checkbox"/> 連絡事項なし <input type="checkbox"/> 連絡事項あり () <input type="checkbox"/> 二次検査機関を紹介 (二次検査機関名 :)			

新生児聴覚検査料請求書

金 円

検査総額 円

(検査単価 円)

上記のとおり新生児聴覚検査を実施したので検査料を請求します。

年 月 日

(宛先)千曲市長

医療機関番号

所在地

名称

医療機関等の長

保護者の方へ

1. この受検票は、あなたの赤ちゃんの耳のきこえの状態を検査してもらうためのものです。
2. 検査は、できるだけ生後1か月までに受検するようにしてください。
3. この検査に要する検査料(自動 ABR 又は OAE を用いた聴覚検査)について、市町村で定めた額を公費で負担します。ただし、医師が特に必要と認めて行う検査及び治療に要した費用は含まれません。
4. 市町村名、交付番号、交付年月日及び市長印のないものは無効です。
5. 検査を受ける際は、受検票に新生児氏名(決まっている場合)、生年月日、保護者氏名及び住所等を記入し、母子健康手帳と一緒に検査を受ける医療機関等に提出してください。
6. 転居等された場合は、新しい住所地の市町村へお問い合わせください。

医療機関等の方へ

この受検票は、「医療機関等記入欄」及び「新生児聴覚検査料請求書」の請求額、請求年月日、医療機関番号、医療機関等の所在地・名称・医療機関等の長を記入のうえ、妊婦一般健康診査料等請求書総括表を添付し、検査実施月の翌月15日までに、(郡市医師会を經由し)長野県国民健康保険団体連合会に提出してください。

医療機関番号は保険診療で現在使用している番号を記入してください。

年 月 日

千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金交付申請書

(宛先) 千曲市長

申請者 (保護者)

郵便番号

住所

氏名

電話番号

千曲市新生児聴覚検査支援事業実施要綱に基づき、下記のとおり助成金の交付をされるよう関係書類を添えて申請します。

この申請内容について、住民基本台帳との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

ふりがな		
受検者氏名		
受検者生年月日	年 月 日	
受検年月日	初回検査	年 月 日
	確認検査	年 月 日
受検医療機関等	名称	
	所在地	
申請額	円	

※注意事項

○この申請書に下記の書類を添付してください。

1. 千曲市新生児聴覚検査受検票 (補助券)

医療機関等記入欄及び検査結果が受検医療機関等により記入されたもの

2. 医療機関等発行の領収書の原本

受検者の氏名、検査料、受検日及び受診医療機関等の名称が記載されたもの

○書類は、原則として新生児聴覚検査終了後 90 日以内に提出してください。

以下、担当課記入欄

確認日	年 月 日	聴覚検査受検日の住所の状況 (有・無)
助成決定額	円	受付No.

決 裁 欄	助成金の交付を決定・却下してよいでしょうか		
	係	係長	課長

第 号
年 月 日

様

千曲市長

印

千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付で申請のありました千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金の交付について、
下記のとおり決定したので通知します。

記

1 交付します。

助成金額	円
------	---

2 交付しません。

理由

--

年 月 日

千曲市新生児聴覚検査支援事業助成金交付請求書

(宛先) 千曲市長

申請者 (保護者)

郵便番号

住所

氏名



年 月 日付け 第 号で交付決定通知のありました千曲市新生児聴覚検査支援事業
助成金 (年度分) について、下記のとおり請求します。

記

交付請求額

円

振込み先 金融機関

金融機関名・支店名	銀行・金庫 信組 農協	本店 支店 出張所
口座名義人 *カナで記入		
預金の種類・口座番号	(普通・当座)	