

庄内町告示第30号

庄内町新生児聴覚検査費助成金交付要綱を次のように定める。

令和5年3月23日

庄内町長 富 樫 透

庄内町新生児聴覚検査費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新生児の聴覚障がいを早期に発見し、適切な療育を行うことにより、言語発達等への影響を最小限に抑えるために実施する新生児の聴覚検査に関し、その費用（以下「新生児聴覚検査費」という。）を負担する保護者に対し、予算の範囲内で庄内町新生児聴覚検査費助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、庄内町補助金等の適正化に関する規則（平成17年庄内町規則第52号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 助成金の交付の対象となる者は、新生児聴覚検査を受けた新生児（母子保健法（昭和40年法律第141号。第5条において「法」という。）第6条第5項に規定する新生児をいう。以下同じ。）を出産した者で、次の各号に規定する要件のいずれにも該当するものとする。ただし、町長が認める場合は、この限りでない。

- (1) 新生児聴覚検査を受けた日において町内に住所を有する者
- (2) 当該新生児聴覚検査費について、助成金と同種のものであると町長が認める措置による費用の助成を他の地方公共団体から受けていない者

(助成対象費用等)

第3条 助成金の交付の対象となる新生児聴覚検査の方法は、自動聴性脳幹反応検査（聴性脳幹反応検査を含む。）又は耳音響放射検査とし、助成金の交付の対象となる経費は、当該検査に係る費用とする。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、新生児1人当たり3,500円を上限とする。

(受検票)

第5条 町長は、法第15条の規定による妊娠の届出をした者又は町長が必要と認める者に対し、新生児聴覚検査受検票（様式第1号。以下「受検票」という。）を交付するものとする。

2 前項の規定による受検票の交付を受けた者（以下「助成対象者」という。）は、協力医療機関（町長が新生児聴覚検査の実施を委託した医療機関をいう。以下同じ。）に受検票を提出することにより、新生児聴覚検査費の助成を受けることができる。この場合において、助成対象者は、協力医療機関に対し、新生児聴覚検査費から前条に規定する助成金の額を差し引いた額を支払うものとする。

(協力医療機関からの請求等)

第6条 新生児聴覚検査を実施した協力医療機関は、翌月15日までに新生児聴覚検査委託料請求書（様式第2号）に当月分の受検票を添えて、町長に請求するものとする。

2 町長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適正であると認めるときは、当該医療機関に新生児聴覚検査委託料を支払うものとする。

（交付の申請等）

第7条 助成対象者は、協力医療機関以外の医療機関で新生児聴覚検査を受けたとき、又は受検票を提出せずに協力医療機関で新生児聴覚検査を受けたときは、第4条に規定する助成金の額を限度として助成金の交付を受けることができる。

2 前項の規定により助成金の交付を受けようとする者は、新生児聴覚検査を受けた日から6月以内に新生児聴覚検査費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、町長に請求しなければならない。

- (1) 新生児聴覚検査費に係る領収書の写し
- (2) 新生児聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳の写し
- (3) 受検票

3 前項の場合において、同項第1号の領収書の写しを添付できないときは、新生児聴覚検査費助成金交付申請用証明書（様式第4号）を添付するものとする。

4 町長は、第2項の規定による請求を受けた場合は、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、新生児聴覚検査費助成金交付決定（却下）通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

5 助成金の交付は、申請者から指定された金融機関の口座に振り込むことにより行うものとする。

（助成金の返還等）

第8条 町長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付決定を取り消し、既に交付した助成金があるときは、その返還を命ずることができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により助成金の支払いを受けたとき。
- (2) この要綱の規定に違反したとき、又は町長の指示に従わないとき。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

（適用区分）

2 この要綱は、令和5年4月1日以後に出生した児に係る新生児聴覚検査費について適用する。

様式第1号（第5条関係）

新生児聴覚検査				庄内町			
新生児聴覚検査受検票（初回検査）							
産婦氏名						年 月 日生（満 歳）	
住 所		電 話					
子の生年月日		年 月 日		性 別			
検査結果	初 回 検 査	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR	検 査 日		年 月 日	
			<input type="checkbox"/> OAE	検査結果	右 耳	パス・リファー	
			<input type="checkbox"/> 他（ ）		左 耳	パス・リファー	
	確 認 検 査 （助成対象外）	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR	検 査 日		年 月 日	
			<input type="checkbox"/> OAE	検査結果	右 耳	パス・リファー	
			<input type="checkbox"/> 他（ ）		左 耳	パス・リファー	
総 合 結 果		異常なし・要精密検査（紹介医療機関： ）					
初回検査年月日 年 月 日							
住所							
医療機関名				担当医師名			

(注)1 太枠内は、新生児の保護者があらかじめ記入してください。

2 医療機関は実施した検査結果を記入の上、翌月15日まで庄内町にご提出ください。

様式第2号（第6条関係）

新生児聴覚検査委託料請求書

年 月 日

庄内町長

宛

所在地
医療機関名
代表者氏名

㊞

年 月分の新生児聴覚検査委託料を次のとおり請求します。

請求額 円（消費税及び地方消費税含む。）

1 請求内容

検査方法	1件当たりの委託料		件数	金額
	委託料上限	医療機関検査料金 (左記上限額未満の場合記入)		
自動ABR・OAE ※いずれかに0をつけてください。	3,500円	円	件	円

2 振込先

金融機関名		店名	
種目	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）		
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

様式第3号（第7条関係）

新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名
新生児との関係（ ）

新生児聴覚検査費助成金交付要綱第7条の規定により、必要書類を添えて次のとおり助成金の交付を申請します。

1 申請内容

産 婦	住 所	
	氏 名	
新生児	氏 名	
	生年月日	
	性 別	
初 回 検 査 日		
検 査 医 療 機 関		
自 己 負 担 額		
請 求 額		

2 振込先

金 融 機 関 名		店 名	
種 目	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）		
口 座 番 号			
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義			

添付書類

- (1) 新生児聴覚検査費に係る領収書の写し
- (2) 新生児聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳の写し
- (3) 新生児聴覚検査受検票

様式第4号（第7条関係）

新生児聴覚検査費助成金交付申請用証明書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名

下記の者が新生児聴覚検査を実施したことを証明します。

記

産 婦	氏 名	
	住 所	
新生児	生年月日	年 月 日
	性 別	
検 査 種 類	1 自動ABR検査 2 OAE検査 3 他（ ）	
初 回 検 査 日	年 月 日	
検 査 料 金	円	

(実施場所)

医療機関名

医師名

医師署名又は記名押印

様式第5号（第7条関係）

新生児聴覚検査費助成金交付決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

庄内町長



年 月 日付で申請のあった庄内町新生児聴覚検査に係る助成金の交付について、下記のとおり決定（却下）したので、庄内町新生児聴覚検査費助成金交付要綱第7条第4項の規定により通知します。

記

- 1 交付決定及び確定額 円
- 2 却下した場合はその理由
- 3 振込予定年月日 年 月 日