**＜償還払いについて＞**

子育て世代包括支援センター、または、おだわら子ども若者教育支援センターはーもにぃでお手続きをお願いします（要予約）

●申請期間：検査日から起算して１年以内（検査日から１年になる前日まで）

●申請場所：

子育て世代包括支援センター（はっぴぃ）　　　住所：酒匂2-32-16　保健センター内

子育て世代包括支援センター（はっぴぃ分室）　住所：久野１９５番地の１　はーもにぃ内

●電話：0465-47-0844　　（受付時間：平日　９時～１７時）

●支払方法：口座振込み（振り込みは申請の翌月末を予定しています）

●償還払い申請時必要なもの

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☑ | 用意するもの | 備考 |
| □ | 新生児聴覚検査費用助成金申請書 | ホームページからダウンロード可※子育て世代包括支援センター内にもあります |
| □ | 母子健康手帳のコピー | ・「表紙」またはP1の「出生届出証書」のページ・「検査の記録」の（助成される新生児聴覚検査実施日及び結果が添付されている）ページの２枚 |
| □ | 新生児聴覚検査費用補助券 | 未使用のもの※使用済または３枚そろっていないものは使用不可 |
| □ | 領収書（原本とコピー） | 新生児聴覚検査費用の自己負担分がわかるもの※領収金額・保険適用外の新生児聴覚検査費用・医療機関名が明記されているもの※コピーのみでの申請はできません※原本は内容を確認後、確認印を押印し返却します |
| □ | 診療明細書（コピー可） | 新生児聴覚検査費用の自己負担分がわかるもの※明細書がない、または、検査内容が不明の場合、市より医療機関へ確認の連絡を行う場合があります。 |
| □ | 申請書に記入された振込先の預金通帳等の写し | ※振込先口座の金融機関、支店、口座番号、口座名義がわかるもの※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名、預金種目、口座番号がわかるもの |
| □ | 印鑑 | スタンプ印不可 |

問い合わせ先

　小田原市　子ども若者支援課　子ども健康係

電話：０４６５－４６－7025