

## 新生児聴覚検査費用助成（償還払い）について

- 1 **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）
- 2 **申請場所** おだわら子ども若者教育支援センター はーもにい または はっぴい（保健センター内）※事前に、予約してください。
- 3 **電 話** 0465-46-6125（受付時間：平日 9時～17時）
- 4 **支払方法** □座振込み（振り込みは申請の翌月末を予定しています。）

※償還払いとは、医療機関でいったん新生児聴覚検査費用を全額自費で支払い、その後本人または代理人が市に申請することで払い戻しが受けられる制度です。

※新生児聴覚検査費用補助金額(3,000円)が上限です。

### 償 還 払 い 申 請 時 必 要 な も の

<input checked="" type="checkbox"/>	用意するもの	備考
<input type="checkbox"/>	新生児聴覚検査費用助成金申請書	市ホームページ内から印刷して、太枠内を記入してお持ちください。記入方法もダウンロードできます。 ※申請書は、申請窓口にもあります。
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳のコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「表紙」またはP1の「出生届出済証明」のページ（名前、誕生日がわかるところ）</li> <li>・「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</li> </ul> の2枚
<input type="checkbox"/>	新生児聴覚検査費用補助券	未利用のもので、3枚つづりのもの ※利用済または3枚そろっていないものは申請不可
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	印（認印可）	□座が産婦以外の方は必要です。※スタンプ印不可