

令和 8 年

【 医療機関等 各位 】

三重県津市健康福祉部健康づくり課

妊産婦及び乳児の健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査に
関する費用の助成について（依頼）

津市では、妊産婦及び乳児の健康診査、検査に関する費用の助成を実施
しています。

健康診査、検査に関する留意事項は別紙のとおりです。御確認の上、受
診の際には御配慮頂きますようお願いいたします。

津市 健康づくり課

〒514-8611

三重県津市西丸之内23-1

電話：059-229-3310

FAX:059-229-3346

津市 新生児聴覚スクリーニング検査費用助成の流れ

【医療機関が費用の請求に係る事務を実施しない場合】

1 対象者

受験日において津市内に住民登録を有する新生児

2 予約時

対象者であるかをご確認ください。

母子保健のしおりの「津市 新生児聴覚スクリーニング検査結果票（初回検査）（A5浅黄色両面）」を持参するよう伝えてください。

3 検査を実施

検査結果を母子健康手帳及び「津市 新生児聴覚スクリーニング検査結果票」に記載してください。

*点線枠分は検査実施機関にて記入してください。

※「津市 新生児聴覚スクリーニング検査結果票」は保護者による津市への費用助成申請時に必要であるため、すべてご記入のうえ、保護者に渡してください。

(A5サイズ 浅黄色)

第1号様式（第5条関係）		津市 新生児聴覚スクリーニング検査結果票（初回検査）																	
新生児聴覚スクリーニング検査費用助成券交付申請書		【医療機関記入欄】																	
令和 年 月 日 (宛先) 津市長 住所 申請者 氏名 電話番号		<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>児</td> <td colspan="2">※休まっている場合</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>※多胎の場合 ()子中()子</td> </tr> </table>		氏名	性別	男 ・ 女	児	※休まっている場合		生年月日	令和 年 月 日	※多胎の場合 ()子中()子							
氏名	性別	男 ・ 女																	
児	※休まっている場合																		
生年月日	令和 年 月 日	※多胎の場合 ()子中()子																	
新生児聴覚スクリーニング検査費用助成券の交付を受けたいので申請します。		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">初回検査</td> </tr> <tr> <td>受検年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>検査方法</td> <td><input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE</td> </tr> <tr> <td>検査結果</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>【右耳】</td> <td>【左耳】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> パス (反応あり)</td> <td><input type="checkbox"/> パス (反応あり)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)</td> <td><input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>検査実施医療機関名</td> <td>検査医</td> </tr> </table>		初回検査		受検年月日	令和 年 月 日	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	検査結果	<table border="1"> <tr> <td>【右耳】</td> <td>【左耳】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> パス (反応あり)</td> <td><input type="checkbox"/> パス (反応あり)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)</td> <td><input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)</td> </tr> </table>	【右耳】	【左耳】	<input type="checkbox"/> パス (反応あり)	<input type="checkbox"/> パス (反応あり)	<input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)	<input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)	検査実施医療機関名	検査医
初回検査																			
受検年月日	令和 年 月 日																		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE																		
検査結果	<table border="1"> <tr> <td>【右耳】</td> <td>【左耳】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> パス (反応あり)</td> <td><input type="checkbox"/> パス (反応あり)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)</td> <td><input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)</td> </tr> </table>	【右耳】	【左耳】	<input type="checkbox"/> パス (反応あり)	<input type="checkbox"/> パス (反応あり)	<input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)	<input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)												
【右耳】	【左耳】																		
<input type="checkbox"/> パス (反応あり)	<input type="checkbox"/> パス (反応あり)																		
<input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)	<input type="checkbox"/> リファアー (要再検査)																		
検査実施医療機関名	検査医																		
私は、次の事項に同意します。 1 助成金の交付要件に該当しているかどうかについて、津市が住民基本台帳により確認すること。 2 偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたときは、当該助成金を返還すること。 申請者 氏名																			
※ 申請者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。																			
新生児聴覚スクリーニング検査費用助成券 津市長 前 葉 泰 幸																			
【協力医療機関確認欄】																			
申請者氏名	受検者氏名																		
助成の額	有効期限	検査を受けた日から1年後まで																	
3,000円。 <small>検査費用が3,000円未満のときは、当該検査費用の額</small>																			
この助成券を利用するときは、必ず下記の「申請者記入欄」に署名してください。																			
【申請者記入欄】	【協力医療機関記入欄】																		
私は、右記協力医療機関に新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の受給に係る権利を委任します。 令和 年 月 日 申請者 氏名	受検日 協力医療機関名 検査医名 検査費用の額 円																		
※申請者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。																			

4 受診者の費用

検査費用を保護者に請求、徴収し、領収書等を発行してください。

5 市への請求

検査実施機関からの請求は不要です。

保護者から市へ費用助成の手続きをするようご案内ください。

問い合わせ先

津市健康福祉部 健康づくり課 管理担当(〒514-8611 津市西丸之内23番1号)

電話番号 059-229-3310 FAX 番号 059-229-3346