

津市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱

令和5年3月31日訓第33号

(趣旨)

第1条 この要綱は、新生児（母子保健法（昭和40年法律第141号）第6条第5項に規定する新生児をいう。以下同じ。）の聴覚障がいの早期発見及び早期支援を図るため、新生児聴覚スクリーニング検査（以下「検査」という。）に要する費用の一部を助成すること（以下「助成」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 本市の区域内に住所を有する新生児の保護者
- (2) 令和5年4月1日以後に出生した新生児の保護者

(助成の対象となる検査)

第3条 助成の対象となる検査は、新生児に対する出生後初めて実施する検査（以下「初回検査」という。）であって、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
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める検査

2 前項の規定にかかわらず、初回検査において再度の検査が必要となった場合における当該再度の検査は、助成の対象とするものとする。

(助成金の額等)

第4条 助成金の額は、検査1回につき3,000円とする。ただし、検査に要する費用が3,000円未満であるときは、当該検査に要する費用に相当する額とする。

2 助成金の交付は、同一の新生児につき1回（再度の検査を行った場合にあつては、2回）を限度とする。

(助成の申請等)

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、新生児聴覚スクリーニング検査費用助成券交付申請書（第1号様式）を市長に提出しな

なければならない。

2 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、申請者が助成対象者であると認めるときは、申請者に対し、別に定める助成券（以下「助成券」という。）を交付するものとする。

3 助成券の交付を受けた者（以下「交付対象者」という。）は、次条に規定する協力医療機関で新生児が検査を受けた後に、助成券に必要な事項を記入した上で、当該助成券を当該協力医療機関に提出しなければならない。

4 助成券の有効期限は、検査を受けた日から1年とする。

（利用できる医療機関）

第6条 交付対象者が助成券を利用して検査を受けさせることができる医療機関は、本市の新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業に協力する三重県内の病院、診療所等の医療機関（以下「協力医療機関」という。）とする。

（交付対象者の費用負担）

第7条 交付対象者は、検査に要した費用から第4条第1項に規定する助成金の額を控除して得た額を、当該検査を受けた協力医療機関に支払うものとする。この場合において、交付対象者は、助成金の請求及び受領に関する行為について、当該協力医療機関に委任するものとする。

（助成金の請求及び支払）

第8条 協力医療機関は、交付対象者から回収した助成券に、協力医療機関の名称、検査医の氏名、検査を受けた日（以下「受検日」という。）その他必要な事項を記入し、当該受検日の属する月ごとの実績に応じて、その翌月の10日までに、新生児聴覚スクリーニング検査実績報告書兼請求書（第2号様式）に、当該助成券を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該協力医療機関に助成金を支払うものとする。

（助成金の請求及び支払の特例）

第9条 第7条の規定にかかわらず、交付対象者が助成券を提出せずに検査に要する費用の全額を協力医療機関に支払ったときは、当該交付対象者の請求に基づき、当該交付対象者に助成金を支払うものとする。

2 前項の規定による助成金の支払を受けようとする交付対象者は、受検日の属する年度の末日までに、新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書兼請求書（第3号様式）に、検査を受けたことを証する書類（協力医療機関の名称、検査医の氏名、受検日及び検査に要した費用の額が明記されているも

のに限る。)を添えて市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めた場合は、当該交付対象者に助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第10条 市長は、偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から既に交付した助成金の額に相当する額の全部又は一部を返還させるものとする。

(委任)

第11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

この訓は、令和5年4月1日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成券交付申請書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電話番号

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。

同 意 書

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券の交付を受けたときは、当該助成券を返還すること。

申請者氏名 ⑩

※ 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。

第2号様式（第8条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査実績報告書兼請求書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
請求者 医療機関名 ⑩
電 話 番 号

新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成金（ 年 月検査分）
の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

助成の額を差し引く 前の検査費用の額	助成の額	受検者数	請求金額
<input type="checkbox"/> 3,000円以上	3,000円	人	円
<input type="checkbox"/> 3,000円未満	円	人	円

（注） 検査費用の額が3,000円未満の場合は、助成の額の欄にその額を記入してください。

振 込 先 口座	金融機関名		支店名		預金種別
	口座 番号			フリガナ	
		口座 名義人			

第3号様式（第9条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
 申請者 氏 名 ⑩
 電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

受 検 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
受検医療機関名		受検日	年	月	日
検査費用の額	円	請求額			円
同 意 書					
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等により、助成金の交付を受けたときは、助成金に相当する額の全部又は一部を返還すること。					
申請者氏名 ⑩					

振 込 先 口 座	金融機関名		支店名		預金種別	
					普通・当座	
	口座 番号			フリガナ		
				口座名義人		

申請者以外の者が助成金を受領する場合は、申請者は下欄の委任状に署名及び押印をしてください。

委 任 状

私は、上記口座名義人に新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成金の受給に係る権利を委任します。

申請者氏名

印

(注意)

- 1 検査を受けたことを証する書類（協力医療機関の名称、検査医の氏名、受検日及び検査に要した費用の額が明記されているもの）を添付してください。
- 2 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（委任状の申請者氏名を除きます。）。