

## 新生児聴覚検査助成手続きについて

全額自己負担で新生児聴覚検査または確認検査を受けた方に対し、検査費用の一部を助成します。初回検査・確認検査 各上限 3,300 円（税込）

### 1. 対象となる方：次の要件を満たしている方

- (1) 新生児聴覚検査を受ける際に保護者が岩見沢市に住民票があり、全額自己負担で新生児聴覚検査または確認検査を受けた児  
※受診費用は全額自己負担であること（保険診療分を除く）  
※受診日の後に他の自治体へ転出した場合でも、申請期限内（出生後 3 か月以内）は申請することができます。
- (2) 助成金を申請できる方：対象児の保護者
- (3) 申請期限：対象児の誕生日から 3 か月以内

### 2. 申請に必要なもの

- (1) 未使用の新生児聴覚検査受診票（確認検査の方は不要）
- (2) 母子健康手帳など検査結果が記載されているものの写し
- (3) 医療機関発行の領収書原本（明細書をお持ちの方は併せてご提出ください。）  
※領収書の返却をご希望の方には、領収書裏面に受付印を押印した上で、後日返却いたします。
- (4) 新生児聴覚検査費助成申請書
- (5) 振り込みを希望する口座の通帳  
※郵送の場合は、口座番号の確認のため、金融機関名、口座番号、口座名義が記載されたページのコピーが必要です。

### 3. 受付方法

岩見沢保健センターに持参、または郵送して下さい。

### 4. その他

- (1) 申請者及び振込先は、原則、対象児の保護者となります。
- (2) 領収書コピーでの申請はできません。
- (3) 新生児聴覚検査以外の費用は助成の対象外です。

ご不明な点がございましたら、岩見沢保健センターまでお問合せ下さい。

問合せ先

岩見沢保健センター

〒068-0024

岩見沢市4条西3丁目 であえーる岩見沢3階

TEL 0126-25-5540