

## 浜松市新生児聴覚スクリーニング検査助成事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、浜松市における、聴覚障害の早期発見・早期療育を推進するため、新生児聴覚スクリーニング検査（以下「検査」という。）を受ける者に対し、新生児聴覚スクリーニング検査に要する費用（以下「検査費用」という。）の一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

### (助成の対象となる検査)

第2条 助成の対象となる検査は、出生後初めて実施する検査であって、次の各号のいずれかの方法によるものとする。

(1) 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）

(2) 耳音響放射検査（OAE）

### (助成対象者)

第3条 助成対象者は、前条の規定による検査を受けた者の保護者とし、以下の全てに該当する者とする。

(1) 平成30年4月1日以降に出産した者

(2) 検査をした日において浜松市内に住所を有する者

2 前項の規定に関わらず、助成することについて市長が特に必要と認める者は、この事業の対象者とする。

### (検査の実施時期)

第4条 検査は、児が出生後入院中に実施するものとする。ただし、入院中に実施できない児にあっては、出生後1か月までに実施するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、未熟児など特別な配慮が必要な児への検査時期については、医師の判断によるものとする。

### (助成金の額等)

第5条 助成金の額は、別表に定めるとおりとする。ただし、検査費用の額が上限額に満たない場合は、その額とする。

### (助成の手続き)

第6条 市長は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第15条の規定による妊娠の届出を受理したときは、新生児聴覚スクリーニング検査受診票（様式第1号、以下「受診票」という。）を交付するものとする。

2 市長は、前住所地で妊娠の届出を提出後に本市に転入した対象者については、浜松市妊

婦健康診査費助成要綱に定める妊婦健康診査等受診票交付（再交付）申請書（以下「申請書」という。）を提出させ、内容を審査し、適当と認めるときは届出者へ受診票を交付するものとする。

- 3 市長は、助成対象者が受診票を紛失し、又は毀損したときは、申請書を提出させ、内容を審査し、適当と認めるときは届出者へ受診票を再交付することができる。

（実施方法）

第7条 助成対象者は、静岡県と静岡県医師会、静岡県助産師会その他医療機関と締結した産婦健康診査に係る協定書に係る病院、診療所及び助産所（以下「協定医療機関」という。）で検査を受けるときは、受診票を協定医療機関に提出するものとする。

- 2 協定医療機関は、検査を実施したときは、検査を実施した日の属する月の翌月10日までに、新生児聴覚スクリーニング検査請求書（様式第2号）に受診票を添付して、助成に係る委託料として市長に請求するものとする。
- 3 市長は、協定医療機関から前項の請求書の提出があったときは、請求のあった日から30日以内に、委託料を支払うものとする。

（償還払）

第8条 市長は、助成対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、償還払の方法により検査費用の助成を行うものとする。

- (1) 協定医療機関以外の医療機関で検査を受けたとき。
- (2) 協定医療機関でやむを得ない事情により、全額自己負担により検査を受診したとき。
- 2 償還払の方法による助成を受けようとする者は、浜松市妊婦健康診査費等償還払事務取扱要領（以下「要領」という。）に定める妊婦健康診査費等助成申請書に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添えて、市長に提出するものとする。
  - (1) 検査費用の支払を証する領収書
  - (2) 母子健康手帳の写し
  - (3) 交付済みの受診票
  - (4) その他市長が助成の決定を行う際に必要と認めるもの
- 3 市長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適正と認めるときは、当該申請に係る助成金の額を第5条の規定に基づき決定の上、その旨を要領に定める妊婦健康診査費等助成承認決定通知書によって当該申請者に通知し、速やかに助成金を支払うものとする。
- 4 市長は、前項の審査結果、適正と認めなかったときは、当該申請に対して不承認の決定をし、その旨を要領に定める妊婦健康診査費等助成不承認決定通知書に理由を付して当該

申請者に通知するものとする。

5 償還払による助成は、検査を実施した日から起算して原則として1年以内に申請があったものに対して行うものとする。

6 市長は、償還払による助成状況を明確にするため、管理台帳を作成し助成状況を管理するものとする。

(委託料又は助成金の返還)

第9条 委託料又は助成金の支払いを受けた者は、その支払いが偽りその他不正な行為による申請に基づくものであったときは、委託料又は助成金の全部又は一部を返還しなければならない。

(その他)

第10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

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

別表（第4条関係）

区 分	上 限
自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）	4,700円
耳音響放射検査（OAE）	2,100円

(様式第1号)

## 新生児聴覚スクリーニング検査受診票

下記の児の新生児聴覚スクリーニング検査を依頼します。

浜松市長

委託医療機関 様  
(助成上限額)

自動ABR	円	OAE	円
-------	---	-----	---

### 保護者の方へ

- この受診票は、平成30年4月1日以降に出生した方が使用できます。
- この受診票は、出産後、最初の新生児聴覚スクリーニング検査時にお使いください。
- 検査は出産後入院中を受けてください。里帰り出産等で入院中に受けられない場合は出産後1ヶ月までに受けてください。ただし、医師の指示がある場合を除きます。
- 生後1ヶ月を超えると、助成は受けられませんので注意してください。
- この受診票は、浜松市在住の方が委託機関で利用できます。ただし、浜松市外へ転出した場合は使用できませんので、転居先の市(町)にお問合せください。
- この受診票は、上記の聴覚検査を実施した場合に、検査方法に応じて一定金額を上限として助成するものです。実際の検査費用が助成上限額を超えた場合は、自己負担額が発生することがあります。
- この受診票は委託医療機関から浜松市に提出されます。
- この受診票は、原則再発行はできません。

交付番号	
コード	
フリガナ	
母親氏名	電話
新生児 生年月日・性別	(男・女)
住所	区 町 番地 丁目 番号

### <委託機関記載欄>

受診年月日	年 月 日 (生後 か月 日)
出産施設	<input type="checkbox"/> 自院出産 <input type="checkbox"/> 他院出産
検査方法	実施した検査にチェックしてください <input type="checkbox"/> 自動ABR(自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> OAE(耳音響放射検査)
検査結果	検査結果にチェックしてください 【右耳】 <input type="checkbox"/> パス(Pass) <input type="checkbox"/> 要再検(Refer) 【左耳】 <input type="checkbox"/> パス(Pass) <input type="checkbox"/> 要再検(Refer) ※検査結果を母子健康手帳に記載(又は結果票を貼付)してください。
新生児聴覚スクリーニング検査を実施したので報告します。 年 月 日	
所在地	
委託機関名	
医師名 または助産師名	

(様式第2号)

# 新生児聴覚スクリーニング検査 請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、 年 月分 新生児聴覚スクリーニング検査費用として  
上記の金額を請求します。

(内 訳)

検査方法	件数(件)	単価(円)	金額(円)
自動ABR			
O A E			
合計			

年 月 日

浜松市長

所在地

施設名

代表者名

債権者番号			
口座振込先 金融機関	金融機関名		支店名
	口座種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ)			
口座名義			