



里帰り出産等により道外で新生児聴覚検査を受けられる方へ

新生児聴覚検査費用 助成のご案内

音更町新生児聴覚検査受診票は北海道内の医療機関(助産所)でのみ使用できます。

北海道以外の医療機関(助産所)で新生児聴覚検査を受けた場合は、検査料金を自己負担していた
 だき、後日、音更町保健センターに申請していただくことで、検査費用全額を助成いたします。

注意

新生児聴覚検査の対象となるのは、出生して最初の住民票登録が音更町の乳児です。保護者の
 どちらかが音更町民でない場合、ご注意ください。

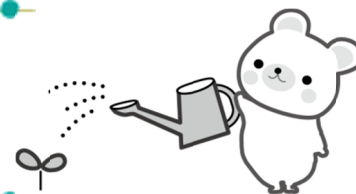
1 申請に必要な書類

① 音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査費用助成金交付申請書	<ul style="list-style-type: none"> ・申請者は保護者名としてください。 ・押印を忘れずをお願いします。
② 検査結果がわかるものの写し	<ul style="list-style-type: none"> ・母子健康手帳に記入されている場合は、検査結果が記入されているページの写しで構いません。
③ 次の書類のどちらか (ア)音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した音更町新生児聴覚検査受診費用助成金支払証明書 (イ)自己負担した新生児聴覚検査料金が確認できる領収書(明細書など)の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・(ア)は、医療機関(助産所)で記入してもらう書類です。 ・(ア)の書類を記載するにあたり、医療機関所定の「文書手数料」が発生する場合は、自己負担となります。
④ 口座振込依頼書	<ul style="list-style-type: none"> ・口座の名義は申請者と同一にしてください。申請者と異なる場合には、委任状が必要です。保健センターにご相談ください。
⑤ 未使用の「音更町新生児聴覚検査受診票」	<ul style="list-style-type: none"> ・未使用の受診票は、破棄したり病院に渡したりせず、必ず手元に残してください。
⑥ 母子健康手帳の写し ・ 出生届出済証明のページ	<ul style="list-style-type: none"> ・申請書の提出時に保健センターでコピーすることもできますので、母子手帳をご持参ください。

2 申請期間

検査を受けた日から起算して3か月までの間です。

ただしやむをえない事情があるときは保健センターに連絡してください。



3 その他

・申請後、交付が決定したら決定通知書を郵送し、指定された口座に振り込みます。

【問い合わせ先】

080-0104 北海道河東郡音更町新通8丁目5番地
 音更町保健センター内保健課 母子保健係
 電話 0155-42-2712 FAX 0155-42-2713

お願い

申請時には、お手数ですが事前に電話連絡のうえ、保健センターまでお越しください。