

新生児等聴覚検査費用を助成します！

氷見市では、出産後に医療機関で実施される新生児等聴覚検査費用を一部助成します。
検査を受ける医療機関によって助成の方法が異なりますので、ご確認ください。



対象者

検査を受ける日に氷見市に住民票のある方のお子さま（令和5年4月1日以降にお生まれの方）

助成金額

出生後に初めて受ける聴覚検査の費用一人当たり 5,000 円を上限に助成します。

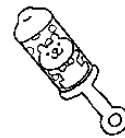
※5,000 円を超過する分については保護者でご負担願います。

※検査費用が 5,000 円未満の場合には、検査費用額が助成額となります。



対象となる検査

- 自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR）
- 聴性脳幹反応検査（ABR）
- 耳音響放射検査（OAE）



助成方法

◇医療機関の詳細は裏面をご確認ください◇

1 県内委託医療機関の場合

- (1) 妊娠届出時にお渡しした「氷見市新生児等聴覚検査受診票（様式第1号）」を医療機関に提出してから検査を受けてください。
- (2) 新生児等聴覚検査の初回検査について、5,000 円を超過する分は保護者でご負担願います。

2 県外医療機関または県内委託外医療機関の場合（償還払い）

- (1) 妊娠届出時にお渡しした「氷見市新生児等聴覚検査受診票（様式第1号）」を医療機関に提出してから検査を受けてください。
- (2) 医療機関で検査結果を「氷見市新生児等聴覚検査受診票（様式第1号）」に記載していただき、返してもらってください。※助成金交付申請時に必要です。
- (3) 医療機関にて聴覚検査費用を全額お支払いください。※助成金交付申請時に領収書が必要です。
- (4) 検査を受けてから 150 日以内に氷見市健康課（いきいき元気館）へ申請してください。

必要書類

- ①聴覚検査に係る領収書および領収明細書の原本
 - ②氷見市新生児等聴覚検査受診票（様式第1号）※結果の記載があるもの
 - ③氷見市新生児等聴覚検査費用助成申請書兼請求書（様式第3号）
※様式は市ホームページにも掲載しています。
 - ④母子健康手帳
 - ⑤振込先の口座番号がわかるもの
- (5) 申請内容に基づき審査を行い、償還払いの可否を決定します。
承認された場合は、氷見市新生児等聴覚検査費用助成申請書兼請求書（様式第3号）に記載の口座に助成金を振り込みます。

注意事項

- ・氷見市より転出されてから聴覚検査を受けた場合は、助成の対象となりませんのでご了承ください。
- ・その他ご不明な点は右記までご連絡ください。

【お問い合わせ】

氷見市健康課（いきいき元気館内）
氷見市中央町 12 番 21 号
☎0766-74-8062