

令和7年度 県外医療機関等における 新生児聴覚検査の一部公費負担について

朝日町では、県外医療機関等で新生児聴覚スクリーニング検査を受けられた方に対して新生児聴覚スクリーニング検査費用の一部公費負担を行っております。一旦医療機関に全額支払った後、必要書類を提出すると、一部還付されます。

《対象者》

受診日に朝日町に住所を有する方（生後6か月未満）

《対象の健診》

出生後初めて受ける新生児聴覚スクリーニング検査（自動ABR、聴覚脳幹反応検査、OAE等）

《助成金額》

上限3,000円（1回のみ）

《申請方法》

朝日町役場子育て健康課へ関係書類を提出してください。

また、転入の方は、窓口でお問い合わせください。

《提出書類》

- ・朝日町県外医療機関等受診費用助成金交付申請書（子育て健康課窓口でお渡します。）
- ・母子健康手帳
- ・新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼補助券（検査結果が記載されたもの）
- ・領収書・診療明細書（原本） → 原本はコピー後返却します。

病院受診時には・・・

❖ 乳児一般健康診査受診票を、医療機関窓口でお渡してください。

「健診結果・実施医療機関名・医師名・押印」を記入してもらってください。

❖ 修正箇所は、病院で訂正印を押していただくようお願いします。

❖ 記載漏れがあった場合は、その項目の助成はできませんので、ご確認ください。

《申請の締め切り》

- ・受診日の翌日から起算して1年以内