

## 新生児聴覚検査費助成金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、新生児聴覚検査（以下「検査」という）の費用を助成することにより、新生児期の聴覚に関する異常の早期の発見及びこれに対する早期の対応を図ることを目的とする。

### (対象者)

第2条 助成の対象者は、新生児聴覚検査受検票（以下「受検票」という）の交付を受けた者であって、医療機関及び助産所（以下「実施機関」という）のうち本市が検査の実施を委託していない実施機関において、原則生後1か月以内に検査を受けた、本市に居住する乳児の保護者とする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特別な理由があると認める場合は、助成の対象者としてすることができる。

### (助成の内容及び額)

第3条 助成金の上限額及び交付の対象となる検査の内容は、別表のとおりとする。ただし、複数回検査を受検した場合にあっては1回（初回検査のみ）を対象とする。

### (助成金の申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする者は、当該児が出生した日から1年以内に、大阪市新生児聴覚検査助成金交付申請書（第1号様式）（以下「申請書」という）を市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する申請に当たっては、次の書類を添付しなければならない。

- (1) 当該乳児について交付した受検票。
- (2) 当該乳児が検査を受検した実施機関発行の領収書原本であって、助成金交付の決定に必要な事項が確認できるもの。
- (3) 母子健康手帳のうち助成金交付の決定に必要な事項が記載された部分の写し。
- (4) 当該乳児が市外転出等により、申請日時点で市内に居住していない場合は、住所の証明書。ただし、市長が特別な理由があると認める場合は、除外することができる。

3 前項第2号に掲げる書類について、助成金交付の決定に必要な事項が確認できない場合、大阪市新生児聴覚検査実施証明書（第2号様式）を添付することとする。

4 申請書の提出先は、持参の場合は、居住する区に存する区保健福祉センターに提出することとし、送付の場合は、大阪市子ども青少年局子育て支援部管理課に提出することとする。

5 申請書を市長に提出した日は、持参の場合は、居住する区に存する区保健福祉センターに提出した日とし、送付の場合は、大阪市子ども青少年局子育て支援部管理課に到着した日とする。ただし、書類に不備のあるときはこの限りでない。

### (交付の決定)

第5条 市長は、前条第1号の申請を受理したときは、すみやかにこれを審査し、その申請内容

が適当であると認めるときは、大阪市新生児聴覚検査費助成金交付決定通知書（第3号様式）により助成金の交付の申請を行った者に通知するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、助成金を交付することが不相当であると認めるときは理由を付して、大阪市新生児聴覚検査費助成金不承認決定通知書（第4号様式）により、助成金の交付の申請を行った者に通知するものとする。

3 市長は、助成金の交付の申請から30日以内（申請内容を補正するための期間は除く）に当該申請に係る助成金の交付の決定又は助成金を交付しない旨の決定をするものとする。

#### （申請の取下げ）

第6条 前条第1項の規定による決定通知書を受領した者で、当該通知の内容に不服があり申請を取り下げようとするときは、大阪市新生児聴覚検査費助成金交付決定取下書（第5号様式）により申請の取下げを行うことができる。

2 申請の取下げをすることができる期間は、交付決定通知書を受けた日の翌日から起算して10日とする。

#### （助成金の交付）

第7条 市長は、助成金の交付を決定したときは、決定した日の翌日から起算して30日以内に申請書に記載された口座に助成金を直接振り込み、支給するものとする。

#### （助成金の返還）

第8条 市長は、助成金の交付の決定をした場合において、申請内容に虚偽の記載がなされるなどにより、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すときは、理由を付して大阪市新生児聴覚検査費助成金交付決定取消書（様式第6号）により通知するものとする。

2 前項の規定により交付決定を取り消された者が既に助成金を受け取っている場合には、その返還を求めることができる。

#### （関係書類の保存）

第9条 申請者は、第5条第1項に定める通知を受けた時は、通知を受けた日から5年間、同通知書を保存しなければならない。

#### （施行の細目）

第10条 この要綱の施行の細目については、所管課長が定めるものとする。

### 附 則

#### （施行期日）

この要綱は、平成31年1月1日から施行する。ただし、平成31年1月1日以降に出生した乳児に適用する。

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(別表)

助成金の上限額及び交付の対象となる検査の内容

検査内容	上限額
自動A B R検査（自動聴性脳幹反応検査）	4,020 円
O A E検査（耳音響放射検査）	1,500 円

大阪市新生児聴覚検査・乳児一般健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)大阪市長

新生児聴覚検査費用ならびに乳児一般健康診査費用の助成を受けるために、大阪市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第4条、乳児一般健康診査助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、申請します。  
 また、新生児聴覚検査費ならびに乳児一般健康診査費助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、新生児聴覚検査機関、乳児一般健康診査機関への支払い内容確認等を了承します。

申請者氏名 (保護者)		乳児との 続柄		電話 番号	
申請者の 現住所	〒 _____ (電話番号 _____)				
市外転出 (申請日時点)	有 ・ 無 ※有の場合 大阪市外への転出日が確認できる住民票を添付 <input type="checkbox"/>	転出日	年	月	日
通知書送付先	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる場合(下記にご記載ください) 〒 _____				
フリガナ 受検者氏名 (対象の乳児)	男 ・ 女	生年月日	年	月	日
受検時の 乳児の住所 <small>※申請者と異なる場合に記載</small>	〒 _____ 大阪市				
フリガナ 母親の氏名		生年月日	年	月	日
受検した医療機関・助産所					

新生児聴覚検査費・乳児一般健康診査費助成金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店番号( _____ )			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号				
	フリガナ 口座名義人 (申請者と同じ)						

※ 記入・申請の際は、必ず裏面の説明をお読みいただき、太線の中をご記入ください。  
 ※ 助成金額は、医療機関に支払った額ではなく、助成の対象となる新生児聴覚検査について定められた額と自己負担額とを比較して、少ない方の額になります。

市 側 記 入 欄					
	受検・受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)	領収書金額確認	内容	交付決定額
聴 覚 検 査	年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/> 自動ABR検査 <input type="checkbox"/> OAE検査	円
乳 児 一 般	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期 年 月 日	円	円	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 既医療	円

保 健 福 祉 セ ン タ ー 記 入 欄		保健福祉センター受付印	こども青少年局受付印
<input type="checkbox"/> 保健福祉センターにて新生児聴覚検査受検票・乳児一般健康診査受診票を各1枚切り離し、申請者に受診手帳を返却。			
申立書	有 ・ 無		
乳児一般健康診査申請内容	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期		
妊婦健康診査・産婦健康診査費同時申請	有 ・ 無		

#### (申請方法)

大阪市が新生児聴覚検査を委託していない医療機関または助産所で、また、乳児一般健康診査を委託していない医療機関で、新生児聴覚検査を受検ならびに乳児一般健康診査を受診した後に、申請書と必要書類を添えて、お住まいの区の保健福祉センター保健業務担当の窓口へ提出してください。送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課母子保健グループに提出してください。なお送付の場合は、書類が到着した日をもって申請日とさせていただきます。

申請期限は、新生児聴覚検査は対象児が出生した日から1年以内、乳児一般健康診査[1か月児]・乳児一般健康診査(後期)は、それぞれの乳児一般健康診査が終了した日から1年以内(大阪市の休日を定める条例第1条に規定する市の休日である場合は、その日の翌日以降の直近の市の休日でない日)になっておりますので、ご注意ください。

#### (記載上の注意)

- 1 訂正は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
- 2 振込先は、申請者と同じ口座名義人の口座を記入してください。

※ 委託医療機関・助産所において、新生児聴覚検査受検時に受検票を、乳児一般健康診査受診時に受診票をお忘れになった場合は、「償還払い」の申請ができませんので、ご注意ください。

#### (申請時に必要な添付書類)

- 1 母子健康手帳の「出生届出済証明」及び「検査の記録(新生児聴覚検査の結果が記載されたている)」のページのコピー及び乳児一般健康診査受診時は「1か月児健康診査／9～10か月児健康診査」のページのコピー  
※ 子の保護者欄は、必ず記入の上、コピーしてください。
- 2 新生児聴覚検査受検時、乳児一般健康診査受診時に、受検票・受診票が使えなかった分の領収書(コピー不可)  
※ 紛失等により領収書がない場合は、「大阪市新生児聴覚検査費・乳児一般健康診査実施証明書」が必要になります。  
※ 領収書で新生児聴覚検査代金が確認できない場合は、別途「大阪市新生児聴覚検査費・乳児一般健康診査実施証明書」が必要になる場合があります。  
  
※ 領収書は、原本照合したのち、返却することもできます。(申し出が必要)  
※ 医療機関・助産所で「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。
- 3 使用することができなかった受検票・受診票  
※ 医療機関等で検査結果等をなるべく記入していただってください。(未記入の場合は、審査に時間がかかり、振込が遅れることがあります。)  
※ 乳児一般健康診査受診時は、必ず「乳児一般健康診査受診票」の記載を病院にしてもらってください。
- 4 申請日までに対象の乳児が大阪市内に転出された場合は、転出日の確認できる住民票(コピー不可)が必要になります。

大阪市新生児聴覚検査・乳児一般健康診査実施証明書

(あて先) 大阪市長

(実施機関)

住 所

名 称

代表者名

電話番号

次の者について、次のとおり新生児聴覚検査・乳児一般健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者(申請者記入)

申請者氏名 (保護者)		乳児 との 続柄		電話 番号	
住 所 ※	〒 ー 区 大阪市 区 (電話番号 )				
フリガナ 対象の乳児氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
対象の乳児の 住所 (申請者と 異なる場合 に記載※)	〒 ー 区 大阪市 区				
フリガナ 母親の氏名			生年月日	年 月 日	

※ 受診日時点の住所をご記載ください

2 新生児聴覚検査の受検年月日、検査内容及び領収金額(医療機関等記入)

受検年月日	検査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR検査(自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> OAE検査(耳音響放射検査) ※どちらか1つの検査項目にのみチェックください。	

3 乳児一般健康診査の受診年月日及び領収金額(医療機関等記入)

受診年月日	診査結果	領収金額 (保険診療分を除く)
<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期 年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 既医療	

(備考)

- ・ 受検・受診年月日、領収金額を記入のうえ、検査した項目・診査結果にチェックください。
- ・ 本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。

\_\_\_\_\_様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市新生児聴覚検査費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました新生児聴覚検査費助成金について、大阪市新生児聴覚検査費助成金交付要綱に基づき、次のとおり交付することを決定しましたので通知します。  
助成金の振り込みは、本交付決定通知書の到着から、概ね3週間程度の日数を要します。ただし、遅れる場合もございますので、ご了承ください。

記

新生児聴覚検査費助成金交付金額 金 \_\_\_\_\_ 円

助成金上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成金決定額
備考		

※本通知書は、大阪市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第9条に基づき、通知を受けた日から5年間保存するものとする。

第4号様式(第5条関係)

大阪市指令こ青第 号  
年 月 日

\_\_\_\_\_様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市新生児聴覚検査費助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました新生児聴覚検査費助成金について、次のとおり不承認とすることを決定しましたので通知します。

記

不承認の理由

\_\_\_\_\_

第5号様式(第6条関係)

年 月 日

大阪市長

〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 区  
\_\_\_\_\_

大阪市新生児聴覚検査費助成金交付決定取下書

年 月 日付け大指令こ青〇号にて通知のあった大阪市新生児聴覚検査費助成金の交付決定について、大阪市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第6条の規定により申請を取り下げます。

1 助成金交付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

第6号様式(第8条関係)

大阪市指令こ青第 号  
年 月 日

\_\_\_\_\_様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市新生児聴覚検査費助成金交付決定取消書

年 月 日付けで交付決定しました新生児聴覚検査費助成金について、次のとおり取消しすることを決定しましたので通知します。

記

取消しの理由

\_\_\_\_\_