

新生児聴覚検査費の助成について

○対象者

新生児聴覚検査受診日に燕市に住民登録があり、県外や委託外の医療機関等で自己負担により新生児聴覚検査を受診した乳児（お振込みは、保護者の方にいたします）
※国外で受診した場合は対象外です。

○助成金額

初回検査費用（保険適用外）の自己負担分について**全額**払い戻しいたします。
※検査費用を出産一時金で支払った方でも助成の対象となります。

○申請期限

新生児聴覚検査受診日から 3か月以内

○申請方法

子育て応援課こども福祉係に必要書類を提出（郵送可）してください。

○必要書類等

〈窓口〉

- ① 母子健康手帳
- ② 受診時の領収書・診療明細書（原本）
- ③ 保護者名義の通帳
- ④ 未使用の新生児聴覚検査受診票
- ⑤ 認め印
- ⑥ 新生児聴覚検査費助成申請書
- ⑦ 新生児聴覚検査費助成請求書

〈郵送〉

- ① 母子健康手帳の「新生児聴覚検査の記録」欄の写し
- ② 受診時の領収書・診療明細書（原本）
- ③ 保護者名義の通帳の支店名と口座番号欄の写し（表紙をめくったページ）
- ④ 未使用の新生児聴覚検査受診票
- ⑤ 新生児聴覚検査費助成申請書※ 申請書の、太枠内をご記入ください。
- ⑥ 新生児聴覚検査費助成請求書※ 日付は担当者が記入します。

※⑤⑥は、窓口でのお渡しや、市ホームページからのダウンロードが可能です。

○お振込み時期

申請から約 2 か月でお振込みをします。決定額の通知書とご提出いただいた領収書・診療明細書を同封してご自宅に郵送します。

問い合わせ先・郵送申請の宛て先

燕市子育て応援課こども福祉係 1階⑪～⑬番窓口 ☎0256-77-8186
〒959-0295 燕市吉田西太田 1934 番地