

長岡京市新生児聴覚検査実施要綱

(目的)

第1条 聴覚障がい、早期発見・早期療育により、音声言語発達等への影響が最小限に抑えられることから、全ての新生児を対象に、新生児聴覚検査に要する費用(以下「検査費用」という。)の一部を助成するとともに、新生児聴覚検査(以下「検査」という。)の普及啓発を行うことを目的とする。

(実施方法)

第2条 検査は、委託方式で行い、長岡京市が委託契約を締結した医療機関・助産所(以下「指定医療機関等」という。)で実施する。ただし、指定医療機関等での受診が困難な新生児にあっては、新生児の保護者(日本国内の医療機関で受診する者に限る。)に受診費用の助成を行うものとする。

(検査対象者)

第3条 この検査の対象者は、長岡京市に住民票を有する(予定を含む。)新生児とする。ただし、次の各号に該当する者については、その限りでない。

(1)長期入院が必要等の何らかの理由で、新生児期に受検できなかった者

(2)その他市長が必要と認める者

(検査項目及び助成金)

第4条 検査項目及び第2条ただし書きの規定による助成金の額は、別表に定めるとおりとする。

(受診券の交付)

第5条 市長は、指定医療機関等で検査を受ける新生児の保護者に対しては、長岡京市新生児聴覚検査同意書兼受診券(様式第1号。以下「受診券」という。)を妊娠届出書又は妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査受診券交付申請書(様式第2号)提出時に、1枚交付し、多胎妊娠の妊婦に対しては、新生児数に合わせて受診券を交付する。ただし、指定医療機関等以外で検査を受ける新生児に対しては、受診券及び長岡京市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書(様式第3号。以下「助成金交付申請書」という。)を交付する。

2 紛失又は破損等により、受診券の再交付を必要とする場合は、妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査受診券再交付申請書(様式第4号)を提出しなければならない。

(受診券の提出)

第6条 新生児の保護者は、検査を受ける際、指定医療機関等に受診券を提出するものとする。

(委託料の請求及び支払)

第7条 指定医療機関等は、委託料の請求を行うときは、前条の規定により受け付けた受診券を請求書に添付し、翌月10日までに市へ提出するものとする。

2 市は、請求書の内容を審査し、適当と認めたときは、請求を受けた日から30日以内に委託料を支払うものとする。

(指定医療機関等以外での検査への個人助成)

第8条 市長は、第2条のただし書きの規定により、新生児が指定医療機関等以外で検査を受けた場合について、その経費に対し、新生児聴覚検査助成金を交付する。

(助成対象経費)

第9条 前条の規定による助成の対象となる検査は、第4条の規定に準じる。ただし、必要書類の発行等に要した費用は対象外とする。

（助成金額）

第10条 助成金の額は、検査にかかった実費と第4条に規定する助成金のいずれか低い方の額とする。

（助成金の申請）

第11条 助成金を受けようとする、指定医療機関等以外で検査を受けた新生児の保護者は、第5条第1項の規定により交付された助成金交付申請書に、次に掲げる書類を添付して、検査を受けた日から起算して1年以内に、市長に提出しなければならない。

(1)検査の結果が記載された母子健康手帳

(2)検査に係る自己負担費用の領収書

(3)その他市長が必要と認める書類

（交付の決定）

第12条 市長は、前条に規定する助成金交付申請書を受理した時は、当該申請書に係る補助金交付の適否を審査し、必要と認めた時は、長岡京市新生児聴覚検査費用助成金交付決定通知書(様式第5号)により通知する。

2 前項に定める交付決定通知をもって長岡京市補助金等交付規則(昭和57年長岡京市規則第8号。以下「規則」という。)第9条の確定通知とみなす。

（交付）

第13条 市長は、前条に規定する交付決定通知後、長岡京市会計規則(平成17年長岡京市規則第26号)第36条第2項の規定に基づき、当該通知者に対し、交付請求書の提出を待たず助成金を交付する。

（交付取消）

第14条 市長は、虚偽その他の不正な手段により助成を受けたことが判明したときは、当該交付決定を取消し又は変更することができる。

（助成金の返還）

第15条 前条の規定により交付取消等を行った場合において、すでに助成金が交付されているときは、期限を定めてその全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

（延滞金）

第16条 前条の返還を命ぜられ、これを納期限までに納付しなかったときは、規則第15条の規定を適用する。

（検査結果の保管）

第17条 指定医療機関等は検査結果を受診券に記載のうえ、市長へ報告するものとし、市長はこの報告に基づき健診結果を健康管理システムに登録保管する。

2 指定医療機関等以外で受診した検査結果については、前項を準用する。

（関係機関との連携）

第18条 この事業の実施に当たっては、一般社団法人京都府医師会、一般社団法人大阪府医師会、指定医療機関等その他の関係機関と十分に連携を図るものとする。

（新生児聴覚検査の普及啓発）

第19条 市長は、先天性難聴等の聴覚障がい等の早期発見及び早期療育を図るため、新生児聴覚検査に係る普及啓発を行うものとする。

（その他）

第20条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。ただし、令和 5 年 4 月 1 日以降に出生した新生児に適用する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和 6 年12月2日から施行する。

（様式に関する経過措置）

2 改正前の様式は、当面の間、この要綱による改正後の様式に代えて使用することができる。

附 則

この要綱は、令和7年7月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

（様式に関する経過措置）

2 改正前の様式は、当面の間、この要綱による改正後の様式に代えて使用することができる。

別表(第 4 条関係)

種別	単価（公費助成額）
自動 A B R または A B R	4， 0 2 0 円
O A E	1， 5 0 0 円

様式第3号(長岡京市妊産婦健康診査要綱第4条関係)、様式第2号(長岡京市新生児聴覚検査実施要綱第5条関係,長岡京市1か月児健康診査実施要綱第5条関係)

確認欄

妊娠届出時調査票

歯周疾患検診受診票

RSウイルス感染症
予防接種

RSウイルス感染症
予防接種予診票

妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査
受診券交付申請書

BS番号	回収した受診券		※特記事項	受付者
BS	No.1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 29		(単・多) (初・経)	
	多胎1 多胎2 多胎3 多胎4 多胎5	産婦健診 1回目 2回目		
	多胎6 超音波多胎追加1 超音波多胎追加2 超音波多胎追加3	新生児聴覚検査 1か月児健康診査		

(ふりがな) 妊産婦氏名	()	妊産婦生年月日	年 月 日	
出産予定日	年 月 日(出産予定の年齢 歳)	妊産婦電話番号		
受診医療機関	名称	所在地		
上記のとおり、妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査受診券の交付を申請いたします。 なお、医療機関等に対し二重支払のあった場合には、請求金額について返金いたします。 年 月 日 長岡京市長 様 (申請者) 住 所 長岡京市 氏 名 (妊産婦との続柄) 電話番号				
申請者確認書類	個人番号カード	運転免許証	健康保険証	その他()

長岡京市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）長岡京市長

申請者住所

氏名

連絡先

新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、長岡京市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第11条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付決定に当たり、長岡京市が受検医療機関等に受検状況等を確認することに同意します。

受検者（児）の氏名				
受検者（児）の生年月日		年 月 日		
自己負担額		円		
検査の種類（○を付けてください。）		自動ABR検査又はABR検査・OAE		
助成対象	自動ABR又はABR検査・OAE	助成金額	円	市確認欄

※細枠内は記入しないでください

振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店 出張所名		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め記入)						
	ふりがな								
	口座名義人								

※口座名義人は申請者(保護者)に限ります。

受付	
----	--

〔添付書類〕

- ☐ ① 新生児聴覚検査受診券（受診券の交付を受けた方のみ）
※ 未使用のもの全て
※ 助成金の交付申請に係る受診券については、「保護者記入欄」及び「医療機関記入欄」に必要事項の記載があるもの
- ☐ ② 親子(母子)健康手帳
- ☐ ③ 医療機関等が発行する領収書原本（全員）
受検者氏名、保険適応外の新生児聴覚検査費用であること、受検年月日、領収書金額及び医療機関名等を確認できるもの
- ☐ ④ 新生児聴覚検査実施証明書等（以下に当てはまる場合のみ）
上記①，③について必要事項の記載がない場合、③を添付できない場合に添付

〔注意事項〕

- 1 助成金額は、医療機関等に支払った額全額ではなく、助成の対象となる検査内容について定められた上限額（自動ABR 又は ABR 検査：4,020 円，OAE：1,500 円）と自己負担額を比較して低い方の金額になります。
- 2 助成金の申請は、検査を受けた日から起算して1年以内に行ってください。

妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査受診券
再交付申請書

BS番号	回収した受診券		※特記事項	受付者
BS	No.1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 29		(単・多) (初・経)	
	多胎1 多胎2 多胎3 多胎4 多胎5			
	産婦健診 1回目 2回目			
	新生児聴覚検査			
	多胎6 超音波多胎追加1		1か月児健康診査	
	超音波多胎追加2 超音波多胎追加3			
(ふりがな) 妊産婦氏名	()		妊産婦生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日(出産予定の年齢 歳)		妊産婦電話番号	
受診医療機関	名称		所在地	
上記のとおり、妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査受診券の交付を申請いたします。 なお、医療機関等に対し二重支払のあった場合には、請求金額について返金いたします。 年 月 日 長岡京市長 様 (申請者) 住 所 長岡京市 氏 名 (妊産婦との続柄) 電話番号				
申請者確認書類	マイナンバーカード 運転免許証 資格確認書 その他()			

様式第 5 号（第 12 条関係）

第 号
年 月 日

様

長岡京市長
（こども家庭センター担当）

長岡京市新生児聴覚検査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった新生児聴覚検査費用助成金については、長岡京市新生児聴覚検査費用助成実施要綱第 12 条の規定に基づき、下記のように交付決定したので通知します。

記

交付決定金額 ： 金 円