

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成のお知らせ

中能登町では、出産後に医療機関で実施する新生児聴覚スクリーニング検査費用の一部を助成します。
令和4年4月1日以降に検査をしたお子さんが対象となります。下記をご覧くださいの上、助成申請の手続きをお願いいたします。

1. 対象者

令和4年4月1日以降に生まれ、新生児聴覚スクリーニング検査を受けた日から申請日まで中能登町に住所を有する児。

2. 対象となる検査

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

上記検査のうち、いずれか1回（初回検査）となります。保険診療にかかる費用は対象外です。

3. 助成上限額

お子さんひとりにつき、検査の種類にかかわらず **3,000 円**

※上限を超える費用は、自費でお支払いください。上限を満たない場合は、検査費用の額となります。

4. 検査の受け方

産科医療機関等で検査の説明を受け、検査を受けてください。

その後、医師等より検査の結果について説明があります。



5. 助成方法

① 県内医療機関にて検査された方

「新生児聴覚スクリーニング検査受診票」（妊婦・産婦・乳児健康診査受診票内）を検査医療機関へ渡し、検査を受けてください。検査料金から3,000円を差し引いた金額を窓口でお支払いください。

② 県外医療機関にて検査された方（償還払い）

県外医療機関で新生児聴覚スクリーニング検査を受け、その費用を自己負担された方は、必要書類を添えて申請してください。

6. 申請先 中能登町 こども家庭センター ※申請期限：検査を受けた日から1年以内

＜必要書類＞※県外医療機関で検査された方

- ①中能登町妊婦・産婦及び乳児健康診査費用助成金支給申請書兼請求書
- ②新生児聴覚検査に係る領収書（原本）
または新生児聴覚スクリーニング検査費用領収証明書（別添証明書）
- ③母子健康手帳の写し（聴覚検査の結果が確認できるもの）



【お問い合わせ先・申請窓口】 中能登町 こども家庭センター（行政サービス庁舎1階）

〒929-1692 中能登町能登部下91部23番地 TEL：0767-72-3932