

函館市新生児聴覚検査事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、「新生児聴覚検査の実施について」（平成19年1月29日雇児母発第0129002号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知）に基づき、聴覚障がいの早期発見・早期療育を図り、音声言語発達等への影響を最小限に抑えることを目的として実施する新生児聴覚検査（以下「検査」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施医療機関)

第2条 検査は、北海道が市町村の代理として協定を締結している医療機関（以下「委託医療機関」という。）において実施するものとする。

(対象者)

第3条 検査の対象者は、令和3年4月1日以後に、下記の各号のいずれかに該当する者が出産した児とする。

- (1) 函館市内に住所を有する者
- (2) 配偶者等からの暴力の被害により避難している状況にあり、現に函館市内に居住していながら、やむを得ず住民登録することができないと認められた者
- (3) その他特に市長が必要と認めた者

(検査の種類、時期および実施方法)

第4条 第1条に規定する検査の種類は次のいずれかとし、その時期および実施方法については、北海道が定めた新生児聴覚検査実施要綱に基づくものとする。

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

(検査の受診票交付)

第5条 前条に掲げる検査の受診票の交付は、次のとおりとする。

- (1) 市長は、検査の実施のため、妊娠の届出を受理し、母子健康手帳を交付する際等に妊婦に対して本事業の趣旨、内容、利用の方法等

を十分説明し、新生児聴覚検査受診票（別記第1号様式。以下「受診票」という。）を交付する。

受診票の交付場所は、子ども未来部母子保健課、市民部戸籍住民課および函館市の各支所とする。

- (2) 交付した受診票をき損または紛失した場合は、新生児聴覚検査受診票再交付申請書（別記第2号様式）により申請し、再交付を受けるものとする。

（検査費用の助成）

第6条 市長は、第4条に定める検査に係る、初回検査に要した費用について、3,000円を上限に助成するものとする。

- 2 委託医療機関は、委託医療機関の定める検査金額が市の定める助成額を上回る場合は、その差額を対象者の保護者に請求するものとする。

（事後指導）

第7条 市長は、検査の結果、精密検査を要すると診断された対象者について、委託医療機関と連絡を密にし、必要に応じて、保健師等による家庭訪問等を実施し、精密検査の受診勧奨や受診結果の把握に努めるとともに、先天性サイトメガロウイルス感染症の検査の実施状況を確認し、必要に応じたフォローを行うなど、対象者とその保護者に対し、適切な支援を行うものとする。

（委託料の請求書）

第8条 第4条に定める検査に係る委託料の請求書は、新生児聴覚検査費用請求書（別記第3号様式）とする。

（償還払）

第9条 里帰り出産等、やむを得ない事情により、委託医療機関以外の医療機関（ただし国内に限る。以下「実施医療機関」という。）で検査を受けた対象者の保護者は、当該検査に要した費用について、新生児聴覚検査費償還払申請書（別記第4号様式）に次の各号に掲げるすべての書類を添付し、市長に申請することができる。

- (1) 受診票（検査結果、実施医療機関の名称が記入され、担当医師の押印のあるもの）

(2) 当該検査に係る実施医療機関の領収書（新生児聴覚検査とわかるもの）

(3) 母子健康手帳の「新生児聴覚検査の記録」の写し

2 前項の規定による申請は，初回検査を受診した日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

3 市長は，前項の申請があった場合は速やかに審査を行い，償還払することと決定したときは新生児聴覚検査費償還払決定通知書（別記第5号様式）により，償還払しないことと決定したときは新生児聴覚検査費償還払却下決定通知書（別記第6号様式）により申請者に通知するものとする。

4 前項の規定により償還払する額は，当該検査に要した費用の額と第6条第1項に定める助成額とのいずれか低い方の額とする。

5 市長は，虚偽の申請その他不正の行為により償還払を受けた者に対し，当該償還払の決定の全部または一部を取り消し，償還払した額の返還を命ずることができる。

（受診票交付台帳の整備）

第10条 市長は，受診票の交付状況を明確にしておくため，受診票交付台帳を備え付け，交付のつど，記載するものとする。

（その他）

第11条 この要綱の実施に関し必要な事項は，別に定める。

附 則

この要綱は，令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は，令和4年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は，令和4年7月1日から施行し，令和4年7月1日から適用する。

2 この要綱の施行後，当分の間は，改正前の函館市新生児聴覚検査事業実施要綱に基づく請求書は，改正後の函館市新生児聴覚検査事業実

施要綱に基づく請求書とみなして、使用することができる。

附 則

この要綱は、令和５年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和７年４月１日から施行する。ただし、別記第１号様式の改正規定は、令和８年４月１日から施行する。

新生児聴覚検査受診票

委託医療機関の長 様

函館市長

下記の新生児の聴覚検査を依頼します。

この受診票は、委託医療機関で新生児聴覚検査を実施した場合に、以下の金額を上限に助成するものです。

助成対象となる検査	初回検査（確認検査は助成対象外）
助成金額	自動ＡＢＲ 上限３，０００円（税込）まで ＯＡＥ 上限３，０００円（税込）まで ※検査費用（保険適用外分）が上記上限額以下の場合は、その額を助成します。 ※検査費用（保険適用外分）が上記上限額を超えた分については保護者の自己負担になりますので、差額を徴収してください。

この欄は保護者が記入してください

フリガナ			
新生児氏名（※） ※決まっている場合のみ			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
母の氏名			
住所			
電話番号			

この欄は検査をした医師が記入してください。

検査日	初回検査	年 月 日	確認検査	年 月 日
検査方法	自動ＡＢＲ	ＯＡＥ	自動ＡＢＲ	ＯＡＥ
検査結果	右耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）	右耳	異常なし（パス） 要精密検査（リファー）
	左耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）	左耳	異常なし（パス） 要精密検査（リファー）
先天性サイトメガロウイルス感染症の検査			陽性 ・ 陰性 ・ 未実施	
特記事項				
医療機関名				
担当医師 氏名			連絡先電話	
			担当者名	

※確認検査は初回検査の結果が要再検査（リファー）となった場合に概ね 1 週間以内に実施する再検査です。

確認検査の結果については実施した場合のみ記入してください。

※確認検査で要再検査（リファー）となった場合は、生後 3 週間以内に先天性サイトメガロウイルス感染症の検査を実施することが強く推奨されていることに留意し、適切な対応をお願いします。

＜保護者の皆様へ＞

- 1 この受診票は、主治医と相談の上、出産後、最初の新生児聴覚検査（生後１ヶ月頃まで）にご利用ください。
- 2 この受診票は、検査を受ける際に保護者が函館市在住の方であり、新生児も函館市に住民登録する場合に道内の委託医療機関で利用できます。道外の医療機関で出産される場合は、函館市にお問い合わせください。
- 3 この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お申し出ください。
- 4 この受診票は、委託医療機関で新生児聴覚検査を実施した場合に、以下の金額を上限に助成するものです。

委託医療機関の検査費用の設定により、自己負担額が発生する場合がありますので、ご了承ください。

助成対象となる検査	初回検査（確認検査は助成対象外）
助成金額	１回の検査につき上限３，０００円（税込）まで

- 5 この受診票は委託医療機関から函館市へ提出されます。

今後、子育ての相談や適切な支援を行うために、函館市子ども未来部母子保健課からご連絡させていただくことがありますので、ご理解とご了承をお願いします。

＜委託医療機関の皆様へ＞

- 1 この受診票により新生児聴覚検査を実施した場合、検査費用については、下記４の方法により請求してください。

また、貴院で定める本受診票に係る検査費用が上記４の公費負担上限額を超える場合、その差額は直接、保護者に請求してください。

- 2 公費助成を行うためには、聴覚検査に係る検査金額が明確に区分されている必要があります。分娩全体について包括的な費用設定をされている場合であっても、聴覚検査分の検査金額を明確に定めていただくようお願いします。

また、健康保険適用でない費用のみが助成対象です。

- 3 要精密検査の場合は、速やかに電話にてご連絡いただくか、受診票表面の写しを函館市に提出いただくようお願いします。
- 4 費用の請求については、１ヶ月分を取りまとめ、この受診票及び請求書を、翌月末日までに函館市子ども未来部母子保健課（〒040-0001 函館市五稜郭町２３番１号 函館市総合保健センター１階）に提出してください。

(別記第2号様式)

新生児聴覚検査受診票再交付申請書

新生児聴覚検査受診票の 交 付 を 受 け た 日	年 月 日
新生児聴覚検査受診票の番号	
母 子 健 康 手 帳 の 番 号	
再交付を受けようとする理由	き 損 ・ 紛 失

函館市新生児聴覚検査受診票の再交付を受けたいので、函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第5条第1項第2号の規定により申請します。

年 月 日

住 所 函館市

保護者氏名

電 話

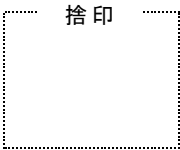
函館市長 様

※母子保健課記入欄 新生児聴覚検査受診票 No _____

新生児聴覚検査費用請求書

函館市長 様

下記のとおり請求いたします。



年 月 分内訳

	検査 種別	医療機関における 検査金額単価 ①	消費税 (※1)	助成金額単価②	請求単価 (①(または①+ 税)と②のいずれか 低い額)③	請求件数④	請求金額 ⑤=③×④
新生児 退院前 実施	自動ABR	円		円	円	件	円
	OAE	円		円	円	件	円
自院出 生児(退 院後) (※2)	自動ABR	円	円	円	円	件	円
	OAE	円	円	円	円	件	円
他院 出生児	自動ABR	円	円	円	円	件	円
	OAE	円	円	円	円	件	円

- ①新生児聴覚検査実施要綱別表1に定める検査金額を記入すること。
- ②新生児聴覚検査実施要綱別表2に定める助成額を記入すること。全額助成の場合は①と同額、または①に消費税を加えた額を記入すること。
- ※1 税込で料金設定している場合は、消費税欄は空欄のままとすること。
- ※2 誕生日から1か月を超えて検査を実施した場合は、下段「自院出生児(退院後)」の欄に記入すること。

請求年月日

年 月 日

請求額合計

百万 千

円

郵便番号	請求印
住 所	
医療機関名	
フリガナ	
代表者氏名	
電話番号	

委託医療機関の振込先金融機関および口座番号等

() 銀行 信金	・普 通 ・当 座	(フリガナ) 口座名義								
() 本・ 支店		口座番号								

(別記第 4 号様式)

新生児聴覚検査費償還払申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

〒
住所 函館市

申請者 氏名

函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第 9 条に基づき、下記のとおり申請します。
なお、償還払の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会・提供および医療機関に対する検査内容等の照会について同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
受診者氏名		新生児聴覚検査 受診票 No	
電 話	() -		

検 査 実 施 日	検 査 の 種 類	検査に要した費用	償 還 払 決 定 額 母子保健課記入欄
年 月 日			
申請額 金 円			円

【振込先金融機関の名称および口座番号】

申請者と口座名義人は同一であること。諸事情により申請者以外の口座への振り込みを御希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入ください。

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 普通 金庫 支店 当座 出張所		フリガナ ()

※添付書類 (1) 新生児聴覚検査受診票 (検査結果、医療機関の名称が記入され、担当医師の押印があるもの)
(2) 検査に係る医療機関の領収書 (新生児聴覚検査とわかるもの)
(3) 母子健康手帳の「新生児聴覚検査の記録」の写し

受 理 印

--

委 任 状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる新生児聴覚検査費用助成金の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

(別記第5号様式)

函 子 母
年 月 日

様

函 館 市 長

新生児聴覚検査費償還払決定通知書

年 月 日付けで申請のあった新生児聴覚検査費の償還払について、次のとおり決定したので、函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第9条第3項の規定により通知します。

記

1 対象となる経費および償還払する額は、次のとおりです。

対象となる経費	償還払する額
円	円

2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに関し既に償還払した金額があるときは、その返還を命ずることがあります。

3 償還払した金額の返還を命ぜられ、これを期日までに納付しなかったときは、納付期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付金額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約遅滞金を市に納付しなければなりません。

（ 子ども未来部母子保健課
TEL 32-1533
FAX 32-1506 ）

(別記第6号様式)

函 子 母
年 月 日

様

函 館 市 長

新生児聴覚検査費償還払却下決定通知書

年 月 日付けで申請のあった新生児聴覚検査費の償還払について、次の理由により却下することと決定したので、函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第9条第3項の規定により通知します。

記

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

（ 子ども未来部母子保健課
TEL 32-1533
FAX 32-1506 ）