

主治医 様

## 京都府城陽市新生児聴覚検査奨励金制度について（お願い）

当市では、下記のとおり新生児聴覚検査の費用助成を行っており、京都府以外で新生児聴覚検査を受検の方に、受検後、申請に基づき費用の補助を行っております。つきましては、当市発行の受診券に該当する検査を実施のうえ、かかる費用を受領し、下記書類に必要事項の記入をお願いいたします。

なお、妊産婦健康診査受診券および新生児聴覚検査受診券または新生児聴覚検査受診券の交付日以降が対象となります。

ご利用方法については、妊産婦健康診査受診券および新生児聴覚検査受診券つづりまたは新生児聴覚検査受診券つづりの「受診券のご利用方法」をご参考にしてください。

### 【医療機関でご記入いただく書類】

#### ①新生児聴覚検査同意書兼受診券

医療機関記入欄の検査日、結果、医療機関名、担当医師名を記入してください。

#### ②新生児聴覚検査領収書

医療機関名等を記入、医療機関の印または担当医師の印を押印のうえ、保険適用外で領収した金額、実施した検査内容に○を記入してください。

### 【城陽市新生児聴覚検査費用助成の検査内容】

自動聴性脳幹反応（AABR）検査、聴性脳幹反応（ABR）検査、耳音響放射（OAE）検査

※初回検査で一人1回のみ助成

※原則生後28日未満に受検（長期入院等の理由で、やむを得ず生後28日未満に検査ができない方については、この限りではありません）

※生活保護費を受給されている方は助成できません。

【問い合わせ先】城陽市 健康推進課（城陽市保健センター内）

〒610-0111 京都府城陽市富野久保田1番地の1

TEL 0774(55)1111 FAX 0774(55)1140

----- 切り取り線 -----

### 新生児聴覚検査領収書（城陽市）

（保護者名）

様

医療機関名等

医師名

住所

T E L

印

新生児聴覚検査料として下記のとおり受領しました。

新生児聴覚検査料 円（ AABR ・ ABR ・ OAE ）