



奥出雲町新生児聴覚検査費助成事業

奥出雲町では、新生児聴覚検査を受けた新生児の保護者に対し、聴覚検査に要する費用の一部を助成することにより、聴覚検査の普及啓発を進め、新生児の聴覚障がい早期発見と早期支援を図ることを目的に聴覚検査費を助成します。

【対象者】

○聴覚検査を受けた日に町内に住所を有している新生児の保護者

【助成対象経費】

○医療機関等において受けた聴性脳幹反応検査又は耳音響放射検査に要する費用等（文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用及びその他検査に係る費用を除く。）

【助成金の額】

○新生児1人につき1回 : 3,000円上限

【申請の流れ】

- ①新生児聴覚検査を受診後、仁多庁舎健康福祉課まで新生児聴覚検査費助成申請書等を提出下さい。
 - ②申請後審査し、助成の可否を通知します。
 - ③助成決定後、申請書に記入していただきました指定口座へ振り込みます。
- ※申請は聴覚検査実施日から1年以内に提出ください。

【持ち物】

- 新生児聴覚検査費助成申請書
- 医療機関が発行する領収書・診療明細
- 聴覚検査の実施が証明できる書類（母子健康手帳の記載事項の写し等）
- 申請者名義の通帳



【問い合わせ先】

奥出雲町役場 健康福祉課
健康づくり推進グループ
電話：54-2781
有線：31-5146