

## 阿賀野市告示第60号

阿賀野市産後1か月健康診査費助成要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和6年3月26日

阿賀野市長 田中清善

阿賀野市産後1か月健康診査費助成要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市産後1か月健康診査費助成要綱（平成28年阿賀野市告示第65号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

阿賀野市新生児聴覚検査、産後1か月母子健康診査費助成要綱

第1条中「出産後おおむね1月を経過し、2月に満たない母子が医療機関で受診する健康診査」を「新生児聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）及び産後1か月母子健康診査」に、「産後」を「新生児の疾病の早期発見、早期治療及び産後」に改める。

第2条を次のように改める。

（助成対象者）

第2条 新生児聴覚検査に基づく助成（以下「検査助成」という。）の対象となる者は次の各号の全てに該当するものとする。

- （1） 令和6年4月1日以降に出生した乳児の保護者
- （2） 新生児聴覚検査の検査日において市内に住所を有した乳児の保護者

2 産後1か月母子健康診査に基づく助成（以下「健診助成」という。）の対象となる者は次の各号の全てに該当するものとする。

- （1） 平成28年4月1日以降に出産した母及び出生した乳児の保護者
- （2） 1か月母子健診の受診日において市内に住所を有し、1か月母子健診を受診した母及び乳児の保護者

第6条を第7条とし、第5条中「阿賀野市産後1か月母子健康診査費助成交付（不交付）決定通知書」を「阿賀野市新生児聴覚検査、産後1か月母子健康診査費助成交付（不交付）決定通知書」に改め、同条を第6条とする。

第3条及び第4条を次のように改める。

（助成の金額）

第4条 検査助成の金額は聴覚検査に要した費用に対し、6,000円を限度とする。

ただし、検査の費用がこれに満たないときは、その額とし、再検査及び精密検査に係る経費は、全額本人負担とする。

2 健診助成の金額は、母及び乳児の1か月母子健診に係る自己負担額の全額とし、1か月母子健診以外の医療費は対象外とする。

(助成の申請)

第5条 検査及び健診助成の交付を受けようとする者は、阿賀野市新生児聴覚検査及び産後1か月母子健康診査費助成交付申請書(第1号様式)に聴覚検査及び1か月母子健診の結果が記載された母子健康手帳の写し、聴覚検査に係る領収書等及び1か月母子健診に係る領収書等を添えて、当該聴覚検査及び1か月母子健診の受診日から6月以内に提出するものとする。

第2条の次に次の1条を加える。

(検査及び健診の実施)

第3条 検査助成の対象となる聴覚検査は次に掲げる検査であって、新生児期の入院中又は外来において実施するものとする。

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

2 健診助成の対象となる健診は出産後おおむね1月を経過し、2月に満たない母子が医療機関で受診する健康診査とする。

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

第1号様式（第5条関係）

阿賀野市新生児聴覚検査費及び産後1か月母子健康診査費助成交付申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

<申請者（保護者）>

住 所 阿賀野市

氏 名

電話番号

下記のとおりのお金を申請します新生児聴覚検査及び産後1か月母子健康診査を受診しましたので、検査及び健康診査費助成金。

なお、申請にあたり必要がある時は住民基本台帳閲覧や医療機関へ内容確認等を行うことに同意します。

1 対象者

(1) 産婦（母）氏名

(2) 乳 児 氏 名

(3) 出産日（対象乳児生年月日） 年 月 日生まれ

2 健康診査内容

検査、健康診査名	受診医療機関	検査、健康診査受診日
新生児聴覚検査		年 月 日
1 か 月 健 診		年 月 日
産婦 1 か月健診		年 月 日

3 添付書類 新生児聴覚検査に係る領収書

1か月健診に係る領収書

母子健康手帳の写し（新生児聴覚検査、1か月健診の結果が記載されたもの）

4 助成金の振込先

金融機関	銀行・農協		支店
	信組・信金		支所
種別・口座番号	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

◎ 下記は市で記入

検査、健康診査名	自己負担額（助成対象額）	助成額
新生児聴覚検査	円（ 円）	円 （※上限 6,000 円）
1 か 月 健 診	円（ 円）	円
産婦 1 か月健診	円（ 円）	円
助成合計額		円

様

阿賀野市長

阿賀野市新生児聴覚検査、産後1か月母子健康診査費助成交付（不交付）  
決定通知書

年 月 日付けで申請のありました新生児聴覚検査産後1か月  
母子健康診査費助成金の交付（不交付）について、下記のとおり決定しましたの  
で通知します。

1 交付します。

助成金決定額 (助成金確定額)	円		
	内 新生児聴覚検査		円
	産後1か月母子健康診査		円
支払予定日	年 月 日	支払方法	口座振込

2 交付しません。

理 由	
-----	--

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。