

新生児聴覚検査費用の償還払いのご案内

～令和3年10月1日より新生児聴覚検査費用の助成を始めました～

新生児聴覚検査受診券を利用せずに、検査実施機関において全額自己負担で検査を受けた場合は、川崎市へ申請をすることで検査費用の助成を受けることができます。

1 費用の助成を受けられる方

以下の要件をすべて満たすお子さんの保護者が、新生児聴覚検査費用を全額自己負担した場合に、費用の助成が受けられます。

- ・令和3年10月1日以降に生まれ、初回検査を受ける日に、川崎市に住民票がある、もしくは住民票がある母から生まれた子で、生後60日未満の子
- ・自動聴性脳幹反応検査(AABR)または耳音響放射検査(OAE)を受けた子

※低出生体重児等により医師の指示で生後60日以降に検査を受けた場合は、費用の助成を受けることができません。こども保健福祉課までお問合せください。

2 申請期限 検査を受けた日から1年以内

(インターネットによる場合は、日付が変わるまで有効。郵送の場合は消印有効。)

3 助成上限額	・自動聴性脳幹反応検査(AABR)	3,000円
	・耳音響放射検査(OAE)	1,500円

4 申請方法

申請期限内に、次のいずれかの方法で申請してください。

(1) インターネットによる申請

以下のURLから申請フォームに入ってください、必要事項を入力してください(事前登録は不要です)。

「6 提出いただく書類」については、申請書は不要、その他は電子データとして添付していただくことで、別途郵送で提出いただくものではありません。

【注意】以下に該当する場合は、郵送による申請のみお受けします。

領収書もしくは母子健康手帳を紛失した場合(受診証明書の原本の提出が必要となります)

申請者と振込先口座名義が異なる場合(申請書へ委任の記載及び押印が必要となります)

インターネットによる申請はこちら

「新生児聴覚検査事業」 ※ページ内に申請フォームがあります。

<https://www.city.kawasaki.jp/450/page/0000130796.html>



(2) 郵送による申請

「6 提出いただく書類」をそろえて、「8 申請書類の提出先(郵送)及び問合せ先」までご郵送ください。

5 申請から振込までの流れ

申請を受理した後、随時、申請内容の確認を実施します。内容に不明等がある場合は、申請者ご本人や検査実施機関へお電話にて照会させていただきます。

内容の確認が終わりましたら、決定通知書等を送付します。その後、申請いただいた振込先へ助成額をお振込みいたします。通常、申請から振込まで3か月程度お時間をいただいております。

6 提出いただく書類

名 称	説 明
1 川崎市新生児聴覚検査費用助成申請書	申請書は市ホームページからダウンロード、又は区役所地域支援課（母子健康手帳交付窓口）で配布しています。
2 検査費用の領収書の写し	氏名（子または母）及び検査費用の記載がある検査実施機関等が発行した領収書の写しが必要です。
3 母子健康手帳「検査の記録」のページの写し （検査の結果は、検査実施機関等で記録してもらってください）	検査実施機関等が結果を記入したもの、もしくは結果が記録された用紙が貼付されているページの写しが必要です。 記載されている検査結果と領収書を突合し、受診を確認します。 ※川崎市の母子健康手帳をお持ちの方は、17ページの「検査の記録」が該当します。
4 母子健康手帳「出生届出済証明」のページの写し	「出生届出済証明」は、出生届を受理した自治体が記載し証明するものです。対象児の氏名・出生日を確認します。 ※川崎市の母子健康手帳をお持ちの方は、1ページの「出生届出済証明」が該当します。
5 振込先口座情報が分かるもの	預金通帳やキャッシュカード等のコピー（振込先の口座名義人、銀行名、支店名、口座番号の記載があるもの）。旧姓の口座名義で申請する場合は、振込が終わるまで名義変更をしないでください。振込不能によりお支払いが遅くなります。
6 川崎市新生児聴覚検査受診証明書 ※領収書又は母子健康手帳を紛失した方のみ	・領収書を紛失した方は、検査実施機関で発行している受診証明書（機関によって名称が異なります。）又は、川崎市新生児聴覚検査受診証明書（検査実施機関の印が必須）が必要です。

7 申請書類配付窓口及び電話番号

名 称	電話番号
川崎区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-201-3214
幸区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-556-6729
中原区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-744-3308
高津区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-861-3315
宮前区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-856-3302
多摩区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-935-3264
麻生区役所 地域みまもり支援センター 地域支援課	044-965-5234

8 申請書類の提出先（郵送）及び問合せ先

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
川崎市子ども未来局子ども保健福祉課 新生児聴覚検査担当 あて
044-200-2450