

川崎市新生児聴覚検査事業実施要綱

令和3年 9月 3日

3川ここ福第890号

市長 決 裁

(趣旨)

第1条 聴覚障害は、早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障害による音声言語発達等への影響を最小限に抑えられることから、その早期発見・早期療育を図るために、川崎市新生児聴覚検査事業（以下「事業」という。）を実施することについて、必要な事項を定めるものとする。

(対象児)

第2条 事業において、新生児等を対象として行う聴覚検査（以下「検査」という。）を受けることのできる者（以下「対象児」という。）は、検査受診時に市内に住所を有する者が出産した子又は市内に住所を有する子とする。

2 前項に定める対象児のほか、市長が特に必要と認めた者については、事業の対象とすることができるものとする。

(検査実施機関等)

第3条 検査は、公益社団法人川崎市医師会（以下「医師会」という。）に委託し、医師会に所属する医師が従事する病院又は診療所において実施する。

2 本事業について、市長が必要と認めた場合は、前項に定める検査の実施機関（以下「検査実施機関」という。）以外の病院、診療所又は助産院と本事業の実施に関する協定を締結することで、当該機関（以下「検査協力機関」という。）において、検査を実施させることができる。

(検査の実施時期)

第4条 検査実施機関又は検査協力機関（以下「検査実施機関等」という。）

は、概ね生後3日以内に初回検査を行い、その結果、リファーマ（要再検査）となった場合は、概ね生後1週間以内に確認検査を実施することとする。ただし、特別な事情により検査を実施することができないときは、生後60日以内のできるだけ早い時期に実施することとする。

- 2 前項の規定に関わらず、対象児が未熟児など特別な配慮が必要な場合は、医師により適切に判断した時期に実施することとする。

(検査の実施方法)

第5条 事業の対象となる検査は、自動聴性脳幹反応検査（AABR）又は耳音響放射検査（OAE）とする。

(検査費用の助成)

第6条 市長は、検査実施機関等で受けた健康保険の対象外となる検査に要した費用に対し、対象児1人につき初回検査に限り、検査の実施方法に応じて、別表に定める額を上限に助成するものとする。ただし、当該検査に要した費用がこれに満たないときは、その額とする。

- 2 前項の規定による助成は、対象児の保護者が、川崎市新生児聴覚検査受診券（第1号様式）（以下「受診券」という。）に所定の事項を記入して、検査実施機関等に提出し検査を受けた場合において、市長が助成費用を当該検査実施機関等に支払うことにより行うものとする。

(受診券の交付)

第7条 市長は、対象児の母が妊娠の届出をした際に受診券を交付するものとする。なお、対象児の母が他の地方公共団体において、妊娠の届出をした場合又は対象児が他の地方公共団体において、検査を受けていない場合にあつ

ては、本市に転入の届出をしたのちに、対象児の母もしくは保護者に対し、受診券を交付するものとする。

（受診券の有効期間）

第8条 受診券の有効期間は、対象児が生後60日に達する日までとする。

（検査費用の請求）

第9条 検査実施機関が第6条の規定に基づいて、検査を実施した場合は、同条第1項に規定する額に検査1回につき事務手数料200円を加えた額を費用として算定するものとし、川崎市新生児聴覚検査請求明細書兼決定通知書（第2号様式）を作成し、本市と医師会との契約に定めるところにより市長に費用を請求するものとする。

2 検査協力機関が第6条の規定に基づいて、検査を実施した場合は、同条第1項に規定する額に検査1回につき事務手数料200円を加えた額を費用として算定するものとし、別に定めるところにより市長に費用を請求するものとする。

（検査費用の支払い）

第10条 市長は、前条第1項の規定に基づき費用の請求を受け、その請求内容が適当と認められた場合、本市と医師会との契約の定めるところにより費用を支払うものとする。

2 市長が前条第2項の規定に基づき、費用の請求を受けたときの検査協力機関への費用の支払いについては、別に定めるところによるものとする。

（償還払い）

第11条 市長は、対象児が検査実施機関等以外の医療機関等において第4条で規定する時期に検査を受けた場合のほか、第6条第2項による助成を受けていない場合において、対象児の保護者が検査を実施した医療機関等に支払

った検査の費用を別表に定める額を上限に助成することができる。この場合において、対象児の保護者は、対象児が検査を受けた日から起算して1年以内に、川崎市新生児聴覚検査費用助成申請書（第3号様式）に次に掲げる書類を添えて、第6条に規定する額を限度として検査の費用を市長に請求できるものとする。

- (1) 検査を実施した医療機関等が発行した、対象児又は母の氏名、検査の費用が記載されている領収書の写し
- (2) 検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し
- (3) 出生届出済の証明が記載されている母子健康手帳の写し
- (4) 振込先となる金融機関の口座番号等が確認できる書類
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、市長が別に定める方法により川崎市簡易版電子申請サービスを利用して行うことができる。

3 紛失等により対象児の保護者が第1項第1号、第2号又は第3号の書類を添付できない場合は、川崎市新生児聴覚検査受診証明書（第4号様式）を添付するものとする。

4 市長は、第1項の規定による申請を受けた場合は、その内容を審査し、助成の可否を決定して、川崎市新生児聴覚検査費用助成金交付決定通知書（第5号様式）又は川崎市新生児聴覚検査費用助成金不承認決定通知書（第6号様式）により対象児の保護者へ通知するものとする。

5 市長は、助成を決定する場合において必要があると認めるときは、当該決定に関し必要な事項について申請者に報告を求め、または申請者が受診した医療機関等に照会するものとする。

6 市長は、助成の交付決定を受けた者に対し、助成する金額を、助成の交付

決定を受けた者の指定する口座に振り込むことにより助成を行う。

(助成金の返還)

第12条 市長は、偽りその他不正の手段により助成を受けた者があるときは、その者に対し、すでに助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(事業の周知)

第13条 市長は、事業の円滑な実施を図るため、医師会及び検査実施機関等その他関係団体の協力を得ながら、市民に対して事業の周知徹底を図るものとする。

(検査の事後指導)

第14条 検査実施機関等は、検査結果を母又はその他の保護者に対し速やかに説明し、同意を得たうえで母子健康手帳に検査年月日及び結果を記録し、もしくは検査結果の写しを添付するものとする。

2 検査実施機関等は、検査を受けた者のうち確認検査でリファー（要再検査）となった者について、保護者の同意を得たうえで速やかに本市へ情報提供を行うものとする。

(保護者への支援)

第15条 市長は、事業を実施するに当たり、必要に応じて関係機関と連携を図り、対象児及びその保護者に対して、次に掲げる支援を行うものとする。

(1) 新生児の訪問指導等の際に、母子健康手帳を活用しながら、検査の受診状況を確認すること。

(2) 未受診の場合は、保護者に対し検査の受診勧奨を行うこと。

(3) 検査の結果、支援が必要であれば要支援児とその保護者に対し適切な指導援助を行うこと。

(検査実施状況の把握)

第16条 市長は、前条の規定により確認した受診状況等について、とりまとめ、継続的な検査実施状況等の把握に活用するものとする。

(秘密の保持)

第17条 本事業の関係者は、秘密保持に最大の配慮を払うとともに、本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に利用しないものとする。

(委任)

第18条 本要綱に規定するもののほか、本事業の実施に関して必要な事項はこども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和3年9月3日から施行し、令和3年10月1日以降に出生した者の検査から適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年6月9日から施行し、令和4年4月1日以降に実施した検査から適用する。

(経過措置)

2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和6年2月9日から施行する。

別表（第6条関係）

区分	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

川崎市新生児聴覚検査受診券

生後60日まで有効

太枠内を御記入のうえ、検査実施機関等に御提出ください。

申請者氏名			母子健康 手帳番号	
生年月日		年	月	日
出産日		年	月	日
住所 川崎市 区				
電話 ()				
私は、検査実施機関等が本受診券の写しを川崎市に提出することに同意し、新生児聴覚検査を受けることを希望します。				
年 月 日				
保護者の氏名（自署）				

※御利用上の注意

- ・医療機関等が実施する検査方法によって助成額が異なります（AABR3,000円、OAE1,500円）。助成額を上回った場合は、医療機関等に差額をお支払いください。
- ・市外の医療機関等で受診券を利用する際は、医療機関等と川崎市との協定が必要です。
- ・住民票を市外に移された場合は、その日以降は御利用できません。

【検査実施機関等記入欄】

検査	機器	実施年月日	結果
初回検査	AABR OAE	年 月 日	右（パス・リファア） 左（パス・リファア）
確認検査	AABR OAE	年 月 日	右（パス・リファア） 左（パス・リファア）
紹介先の精密検査医療機関名			
検査実施機関等の名称・所在地・医師または助産師の氏名			

年 月 日

川崎市新生児聴覚検査請求明細書兼決定通知書

(宛先) 川崎市長

所 在 地

名 称

氏 名

印

(自署もしくは記名押印をお願いします)

年 月 月中における川崎市新生児聴覚検査費用

検査方法	件数	単価 (事務手数料込)	金額	決定 (市記入欄)	
				件数	金額
自動聴性脳幹反応 検査 (AABR)					
耳音響放射検査 (OAE)					
合 計					

(注意事項)

- 1 太枠欄に必要事項を御記入のうえ、毎月 1 5 日までに御送付ください。
- 2 実施した川崎市新生児聴覚検査受診券の 2 枚目 (市提出用) を添付してください。

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市新生児聴覚検査事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて新生児聴覚検査費用の助成を申請します。
川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 ※1～4の太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)							母子健康手帳 別冊交付日	年 月 日
フリガナ							生年月日	年 月 日
申請者氏名								
申請者の現住所 連絡先	〒 ー						電話	ー ー
引越し先の住所 (該当の方のみ)	〒 ー						引越し(予定)日	年 月 日

2. 振込先

金融機関名							金融機関コード				
支店名							支店コード				
預金種別	普通	番号						フリガナ			
	当座								口座名義人		

※ 申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。

----- 記 -----

私は、次の者に新生児聴覚検査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人) 氏 名 委任者(申請者) 氏 名

3. 受診・支払状況

フリガナ			検査を受けた子の 生年月日	年 月 日
検査を受けた子の 氏名				
検査費用 (自己負担額)			検査を受けた日	年 月 日
検査実施機関名				

4. 申請に必要な書類 ※郵送する前に提出書類の確認をしてください。(確認欄)

検査の費用が記載されている領収書の写し	確認欄 ☐
母子健康手帳の検査の記録のページの写し	確認欄 ☐
母子健康手帳の出生届出済証明のページの写し	確認欄 ☐
振込先の口座番号の分かるものの写し(預金通帳、キャッシュカード等のコピー)	確認欄 ☐
受診証明書 (領収書や母子健康手帳のページの写しが提出できない方のみ)	確認欄 ☐

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報、新生児聴覚検査事業以外の目的で利用することはありません。
※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。

川崎市受理印

1. 本証明書は償還払い申請時に、紛失等により要綱第11条第1項第1号、第2号又は第3号の書類が提出できない時に、提出が必要となるものです。
2. 本証明書発行にかかる手数料等については、申請者の自己負担となります。

年 月 日

様

川崎市長

川崎市新生児聴覚検査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった川崎市新生児聴覚検査費用の
助成について、次のとおり決定し、振り込む手続きをしましたので、通知しま
す。

助成することとした金額 金 円

※ 上記金額は、指定された口座に振り込まれますが、入金されるまで数日掛かることがあります。

お問合せ先

年 月 日

様

川崎市長

川崎市新生児聴覚検査費用助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった川崎市新生児聴覚検査費用の助成
について、不承認としたので通知します。

不承認とした理由	
----------	--

お問合せ先