

茨木市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1 この要綱は、新生児聴覚検査（以下「検査」という）の費用を助成することにより、新生児期の聴覚に関する異常の早期の発見及びこれに対する早期の対応を図ることを目的とする。

(対象者)

第2 検査の対象者（以下「検査対象者」という。）は、検査時において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されている者とする。

(検査の内容)

第3 助成の対象となる検査は、検査対象者が生後6か月未満に初めて受検した検査（以下「初回検査」という。）であって、次の各号のいずれかの方法により実施された検査とする。

- (1) 自動聴性脳幹反応（AABR）検査（聴性脳幹反応（ABR）検査を含む。）
- (2) 耳音響放射（OAE）検査

(助成額及び回数)

第4 助成の額は、医療保険各法の規定に基づき支給される医療保険又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条に規定する医療扶助若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条第2項に規定する医療支援給付の適用対象となる費用は除き、検査にあたり保護者が負担した額で、別表に定める額を上限とする。

2 助成回数は、検査対象者1人につき1回とする。

(助成対象児)

第5 助成の対象となる児童は、令和6年4月1日以降に出生した検査対象者のうち、申請時に本市の住民基本台帳に記録されている者であって、次の各号のいずれかに該当する者（以下「助成対象児」という。）とする。

- (1) 第3子以降の児童（同一の保護者によって養育されている児童のうちその出生の早い者から順次に数えて第3番目以降の児童をいう。）
- (2) 申請日において住民税非課税世帯（未成年者を除く世帯全員が住民税の申告をしている世帯に限る。）に属する児童

(助成対象者)

第6 助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、第3各号

のいずれかの検査を受検した助成対象児の保護者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護者は、対象外とする。

(1) 助成対象児を含む3人以上の児童（助成対象児の出生日において未成年者に限る。）を養育しており、かつ、当該養育している児童と本市の住民基本台帳に同一世帯として記録されている者

(2) 助成対象児を含んだ生計を同じくするもの全員が本市の住民基本台帳に同一世帯として記録されており、かつ、申請日における直近年度の住民税非課税世帯（未成年者を除く世帯全員が住民税の申告をしている世帯に限る。）に属する者

（助成の申請）

第7 助成対象者（以下「申請者」という。）は、助成対象児が満1歳になる日の前日までに、茨木市新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。ただし、申請者の同意を得た上で本市においてその内容が確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

(1) 検査対象者が検査を受検した医療機関等が発行する領収書（原本）であって、助成金の交付に必要な事項が確認できるもの

(2) 母子健康手帳のうち助成金交付の決定に必要な事項が記載された部分の写し。

(3) 申請日において、発行日より1か月以内の助成対象児及び申請者と生計を同じくするもの全員の非課税証明書（ただし、第5第1号の場合を除く。）

（交付の決定）

第8 市長は、前条の申請を受理したときは、これを審査し、茨木市新生児聴覚検査費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第2号）による申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を支払うものとする。

（助成金の返還等）

第9 市長は、助成金の交付を受ける者あるいは受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金を交付せず、若しくは減額し、又は全部若しくは一部を返還させることができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。

(3) その他市長が不適當と認めたとき。

（その他）

第10 この要綱に定めるもののほか、検査費用の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年6月1日から施行する。

別表（第4関係）

検査内容	上限額
自動聴性脳幹反応（AABR）検査 耳音響放射（OAE）検査	5,000円

茨木市新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書

（あて先） 茨木市長

次のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日		年 月 日			
（保 護 者 ） 申 請 者	フリガナ			生年 月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ （自署の場合は押印不要）			
	住所	茨木市		電話 番号	
	受検者との続柄		父 ・ 母 ・ その他（ ）		
受 検 者	フリガナ			生年 月日	年 月 日
	氏名				
確認欄	該当するものに☑をつけてください。				
	☐ 受検者が第3子以降かつ申請者の養育する子が3人以上 ☐ 受検者と申請者を含む同一世帯が非課税世帯				
検査方法	該当するものに☑をつけてください。				
	☐ 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				
受検日	年 月 日			請求額	¥
（申 込 先 者 名 義 ） 振 込	金融機関名	銀行 金庫 農協		店名 ・ 店番	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号 （7桁）	
	フリガナ				
	口座名義				

（同意）
審査のため、申請者、受検者及びその同居人の住民基本台帳及び住民税課税状況を閲覧することに同意します。

申請者 Ⓜ

（自署の場合は押印不要）

様式第2号（第8関係）

茨木市指令 第 号

住所

氏名 様

茨木市新生児聴覚検査費用助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日 付け申請の茨木市新生児聴覚検査費用助成金について、
次のとおり決定したので通知します。

決定内容	交付 ・ 不交付
	交付決定額 円 (年 月 日 に、申請者指定の口座に振り込みます。)
不交付の理由	
備考	

次のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部を返還していただくことがあります
のでご注意ください。

(1) 茨木市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱の規定に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。

(3) その他市長が不適当と認めたとき。

年 月 日

茨 木 市 長

