

～大阪府外の医療機関で

新生児聴覚検査を受けられる方へ～

「羽曳野市新生児聴覚検査費助成申請書」の【注意事項】を次のとおり記載していますので、ご確認ください。

【注 意 事 項】

- 申請できる対象者 羽曳野市民
※転入前に受けた健診や転出後の健診は対象となりません。
- 申 請 者 受診者、または受診者と同一世帯の方
※提出は代理の方でも可能です。
- 振込先金融機関 **申請者と振込口座名義人は同一の氏名を記入**してください。
- 申 請 期 間 妊娠中から産後（分娩日から）6ヶ月以内
- 申請に必要な書類

新生児聴覚検査
羽曳野市新生児聴覚検査費助成申請書 (医療機関記入欄の記載が無い場合は領収書の添付により申請可能です。)
未使用の新生児聴覚検査受検票
母子健康手帳
印鑑

- 申 請 方 法 羽曳野市立こども家庭支援課（6番窓口）へ持参してください。
※業務時間は平日 9:00～17:30 までとなります。
- 助 成 の 内 容
- 手続きする時点で未使用の受診券に対して助成します。
 - 新生児聴覚検査の助成上限額は
自動 ABR 検査：5,000 円 OAE 検査：2,500 円

<お問い合わせ>

羽曳野市こども家庭支援課 母子保健担当（本庁 1 階 6 番窓口）

〒583-8585 大阪府羽曳野市誉田 4-1-1 TEL072-947-3888