

つくばみらい市告示第36号

つくばみらい市新生児聴覚検査実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年3月26日

つくばみらい市長 小 田 川 浩



つくばみらい市新生児聴覚検査実施要綱の一部を改正する告示

つくばみらい市新生児聴覚検査実施要綱（平成31年つくばみらい市告示第60号）の一部を次のように改正する。

様式第2号及び様式第3号を次のように改める。

附 則

この告示は、令和7年4月1日から施行する。

## 新生児聴覚検査受診票交付申請書

|                              |                                                                                                                                                                  |      |       |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 妊（産）婦名/対象児名                  |                                                                                                                                                                  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所                           |                                                                                                                                                                  |      |       |
| 電話番号                         |                                                                                                                                                                  |      |       |
| 受診（予定）医療機関名                  |                                                                                                                                                                  |      |       |
| 出産予定日                        |                                                                                                                                                                  |      |       |
| 申請理由                         | <div>1. 転入</div> <div>2. 紛失</div> <div>3. き損</div> <div>※き損の場合は受診票をつくばみらい市おやこ・まるまるサポートセンターに返却すること。</div> <div>返却（ 済 ・ 未 ）</div> <div>4. その他</div> <div>（ ）</div> |      |       |
| 上記により新生児聴覚検査受診票の交付について申請します。 |                                                                                                                                                                  |      |       |
| 年 月 日                        |                                                                                                                                                                  |      |       |
| つくばみらい市長 様                   |                                                                                                                                                                  |      |       |
| 申請者                          |                                                                                                                                                                  |      |       |

## 様式第3号（第9条関係）

## 新生児聴覚検査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長

申請（請求）者 住所  
氏名  
続柄  
電話番号

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|                |                     |                          |                |            |                          |
|----------------|---------------------|--------------------------|----------------|------------|--------------------------|
| 受診者            | ふりがな<br>氏名          | 男・女                      |                | 生年月日       | 年 月 日生                   |
|                | 住所                  | つくばみらい市                  |                |            |                          |
|                | 電話番号                | 母子健康手帳番号                 |                |            |                          |
| 検査内容           | 検査方法                | 検査日                      | 償還払い<br>上限額（A） | 支払額<br>（B） | 請求額（A）又は（B）<br>いずれかの少ない額 |
| 初回検査<br>（1回目）  | 自動AB<br>（ABR<br>含む） | 年 月 日<br>（生後 日）          | 3,000円         | 円          | 円                        |
|                | OAE                 | 年 月 日<br>（生後 日）          | 2,000円         | 円          | 円                        |
| ※確認検査<br>（2回目） | 自動AB<br>（ABR<br>含む） | 年 月 日<br>（生後 日）          | 3,000円         | 円          | 円                        |
|                | OAE                 | 年 月 日<br>（生後 日）          | 2,000円         | 円          | 円                        |
| 右の金額を請求します     |                     |                          |                |            | 円                        |
| 振込先            | 名称                  | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協<br>支店 |                |            |                          |
|                | 口座番号                | （ 普通 ・ 当座 ）              |                |            |                          |
|                | ふりがな<br>口座名義        |                          |                |            |                          |

※確認検査は、初回検査で再検査になった場合のみ実施