

松江市告示第 192 号

松江市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱（平成 23 年松江市告示第 377 号）の一部を次のように改正する。

令和 4 年 3 月 31 日

松江市長 上 定 昭 仁

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改め、改正前欄に掲げる規定で改正後欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを削り、改正後欄に掲げる規定で改正前欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを加える。

改正後	改正前
<p>(<u>検査</u>の対象者)</p> <p>第 2 条 聴覚検査<u>_____</u>の対象者は、松江市内に住所を有する者が出産した新生児(<u>原則として生後 27 日以内に限る。</u>)とする。<u>ただし、市長が特別な事由があると認められたものは、この限りでない。</u></p> <p>(助成の<u>対象費用及び助成額等</u>)</p> <p>第 3 条 略</p> <p>(<u>受診票の交付</u>)</p> <p>第 4 条 <u>市長は、母子保健法(昭和 40 年法律第 141 号)第 16 条第 1 項に規定する母子健康手帳を交付するときに、新生児聴覚検査受診票及び受診票受領確認書(様式第 1 号。以下「<u>受診票</u>」という。)を対象者の保護者又は保護者に委任された者に交付する。</u></p>	<p>(<u>助成</u>の対象者)</p> <p>第 2 条 聴覚検査<u>助成</u>の対象者は、松江市内に住所を有する者が出産した新生児<u>で、聴覚検査を受けたもの</u>とする。</p> <p>(助成の<u>額</u>_____)</p> <p>第 3 条 略</p> <p>(<u>委任払い</u>_____)</p> <p>第 4 条 <u>助成を受けようとする者は、助成を受領する権利を医療機関に委任することができる。</u></p> <p>2 <u>前項の委任を受ける医療機関は、予め松江市と新生児聴覚検査費助成金の委任払いに関する協定書(様式第 1 号)を締結するものとする。</u></p>

(費用の請求及び支払い)

第 5 条 松江市と委託契約した医療機関(以下「委託医療機関」という。)は、聴覚検査を実施したとき、前条の受診票の請求書欄に聴覚検査の費用の額を記載した上で、当該受診票に新生児聴覚検査総括表(様式第 2 号)を添えて、当該聴覚検査を行った月の翌月 10 日までに島根県国民健康保険団体連合会に提出するものとする。

2 委託医療機関が聴覚検査について市長に請求できる額は、新生児 1 人当たり 2,000 円とする。

3 市長は、島根県国民健康保険団体連合会から聴覚検査に係る費用の請求があったときは、請求書の内容を審査の上、速やかに島根県国民健康保険団体連合会に支払うものとする。

(償還払いによる費用助成)

第 6 条 委託医療機関ではない医療機関において聴覚検査を受診し、その費用の助成を受けようとする者は、検査実施日から 6 月以内に新生児聴覚検査費助成申請書(様式第 3 号)に新生児聴覚検査実施済証明書(様式第 4 号)又は医療機関が発行する当該検査の実施が証明できる書類を添付して市長に提出しなければならない。

(請求 _____)

第 5 条 _____ 助成を受けようとする者は、検査実施日から 6 月以内に新生児聴覚検査費助成申請書(様式第 2 号)に新生児聴覚検査実施済証明書(様式第 3 号)又は医療機関が発行する当該検査の実施が証明できる書類を添付して市長に提出しなければならない。

2 前条に規定する委任払いに関する協定書を締結した医療機関において、委任払いにより助成を受けようとする者は、当該医療機関を經由して新生児聴覚検査費助成申請書兼委任払い申請書(様式第 4 号)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の請求があったときには、請求内容を確認の上、それぞれの請求者に助成金を支払うものとする。

様式第1号 別紙のとおり

様式第2号 別紙のとおり

様式第3号(第6条関係)

新生児聴覚検査費助成申請書

略	生年月日	年 月 日生
	聴覚検査実施日	年 月 日
略		

申請額 金 2,000 円

上記のとおり申請します。

年 月 日

略

様式第4号(第6条関係)

新生児聴覚検査実施済証明書

(あて先)松江市長

下記の新生児について、新生児聴覚検査(聴性脳幹反応検査(ABR)又は自動聴性脳幹反応検査(AABR))を実施しましたので、報告します。なお、検査結果については、必要時、市に報告します。

記

略	実施日	年 月 日
医療機関名(担当者氏名)		

3 前項の規定による委任を受けた医療機関は、当該月分の新生児聴覚検査費助成金請求書(様式第5号)を作成し、翌月の10日までに市長に提出しなければならない。

(支払)

第6条 市長は、前条の請求があったときには、請求内容を確認の上、それぞれの請求者に助成金を支払うものとする。

様式第1号 別紙のとおり

様式第2号(第5条関係)

新生児聴覚検査費助成申請書

略	生年月日	令和 年 月 日生
	聴覚検査実施日	令和 年 月 日
略		

申請額 金 2,000 円

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

略

様式第3号(第5条関係)

新生児聴覚検査実施済証明書

(あて先)松江市長 松浦正敬

下記の新生児について、新生児聴覚検査(ABR)又は自動新生児聴覚検査(AABR)を実施しましたので、報告します。尚、検査結果については、必要時、市に報告します。

略	実施日	令和 年 月 日
医療機関名(担当者氏名)		

様式第4号 別紙のとおり

様式第5号 別紙のとおり

<改正後>

様式第1号（第4条関係）

新生児聴覚検査

新生児聴覚検査受診票及び受診票受領確認書（医療機関委託）

太枠の中を記入してから受診してください。

新生児氏名	1.男 2.女	年 月 日生
保護者住所	松江市	保護者氏名 (受領確認)
上記新生児の聴覚検査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 氏 名 印		
検 査 の 記 録		
検査実施日	年 月 日	
検査内容	ABR ・ AABR	
検査結果	右 (パス・リファー) 左 (パス・リファー)	
年 月 日 医療機関名		

新生児聴覚検査費請求書		
金	円	市町村国保コード 3 2 0 0 1 0
上記のとおり（ 新生児氏名 ）についての新生児聴覚検査に要した費用を請求します。		
年 月 日		
医療機関コード		
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名		
（あて先） 松 江 市 長		

(注)

1. 新生児聴覚検査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡してください。
2. 松江市に住所のある方が出産した新生児が対象となります。(例)産婦住所：松江市、子住所：市外の場合も助成対象となります。
3. 対象となる検査は聴性脳幹反応検査（ABR）又は自動聴性脳幹反応検査（AABR）です。※耳音響放射検査（OAE）は助成対象外となります。
4. この受診票で新生児聴覚検査を受けるときは、その費用の一部が公費で負担されます。検査費用から助成額を除いた額が自己負担となります。
5. この受診票は本人以外には使用できません。また、検査結果は松江市に報告されます。
6. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお問合せください。

<改正前>

様式第1号（第4条関係）

新生児聴覚検査費助成金の委任払いに関する協定書

松江市（以下「委託者」という。）と（以下「受託者」という。）とは、松江市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく助成金の委任払いの実施について、次のとおり協定を締結するものとする。

第1条 受託者は、要綱に規定する委任払いの対象機関になることを承諾し、委託者は、受託者の請求に基づき、助成対象者の委任に係る助成金を支払うものとする。

第2条 委託者が前条の助成金を受託者へ支払う場合は、受託者の指定する金融機関の口座に振り込むものとする。

第3条 要綱及びこの協定によりがたい事情が生じたとき、又はこの協定について疑義が生じたときは、委託者と受託者が協議して定めるものとする。

この協定を証するため、本書2通を作成し、委託者と受託者が記名捺印のうえそれぞれ1通を保有する。

年 月 日

委託者 松江市末次町86番地

松江市

松江市長 松 浦 正 敬 印

受託者

印

<改正後>

様式第2号（第5条関係）

年 月分 新生児聴覚検査総括表

年 月 日

市町村国保コード

3	2	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(あて先) 松 江 市 長

保険医療機関の所在地及び名称

代表者氏名

区 分		件数	請求額	備考
新生児聴覚検査	請求	件	円	
	決定			

(注) 1. 医療機関では、請求欄のみ記入すること。

<改正前>

様式第4号（第5条関係）

令和 年 月 日

新生児聴覚検査費助成申請書兼委任払い申請書（医療機関用）

（あて先）松 江 市 長
松 浦 正 敬

住 所

氏 名

新生児との続柄（ ）

新生児聴覚検査費について委任払いによる助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

新生児氏名		生 年 月 日	平成 年 月 日(生後 日)
保護者氏名 (委任者)			
居 住 地	松江市 TEL () -		

実 施 日	平成 年 月 日
医療機関名 (被委任者)	住 所 名 称 代表者 ⑩

新生児聴覚検査費助成金請求書

年 月分

金 円
(内訳 円× 件)

令和 年 月 日

医療機関 住 所
名 称

代表者

印

(あて先) 松 江 市 長
松 浦 正 敬

附 則

この告示は、令和4年4月1日から施行する。