

新生児聴覚検査実施機関 各位

橿原市こども家庭課長

新生児聴覚検査実施に係る受診証明について（依頼）

平素は、橿原市の保健行政にご協力賜り、ありがとうございます。

今般、橿原市民の対象児が新生児聴覚検査を受けられるにあたり、ご協力をよろしくお願いいたします。

つきましては、受診者の保護者が持参する「橿原市新生児聴覚検査費用請求書」下段の「新生児聴覚検査受診証明書」の欄に、別紙のとおり記入と押印をしていただいたうえで、保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。

- ※ 「新生児聴覚検査 同意書兼受診券」の裏面の医療機関記入欄へのご記入は不要です。
- ※ 自動 ABR もしくは OAB のいずれか初回 1 回の検査のみ対象になります。
- ※ 健康保険が適応される場合は対象外です。
- ※ 医療機関では、保険適用外の新生児聴覚検査費用を全額自己負担として保護者にご請求ください。その後、助成対象者自身で橿原市に助成（助成金額：自動 ABR 上限 4,000 円・OAE 上限 1,500 円）の手続きをしていただくことになります。
- ※ 別紙「記入例」をご参照ください。

《連絡先》

〒634-8509

奈良県橿原市内膳町 1 丁目 1-60

橿原市こども家庭課

TEL：0744-47-3707

FAX：0744-25-2221