

新潟市新生児聴覚検査実施要綱

(目的)

第1条 新生児に対する聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）を実施することにより、聴覚障がい早期発見及び早期療育を図ることを目的とする。

(聴覚検査の普及徹底)

第2条 市長は本制度の円滑な実施を図るため医師会等の協力を得て行う。

2 市長は、市民に対して聴覚検査の周知を行う。

(実施対象者)

第3条 新潟市に住所を有する新生児又は新潟市に住所を有する産婦が出産した新生児とする。ただし、別途市長が認める場合はこの限りでない。

(実施機関)

第4条 標ぼうする診療科目に産科・産婦人科を掲げる医療機関及び助産所（以下「医療機関等」という。）とする。

(実施方法)

第5条 市長は、県内医療機関等及び必要に応じて県外医療機関等と委託契約を締結し、聴覚検査を実施する。

2 前項の規定により委託契約を締結している医療機関等（以下「市契約機関」という。）は、新生児の保護者から提出される「新潟市 新生児聴覚検査受診票」（以下「受診票」という。）により、新生児が第3条に規定する者であることを確認のうえ、聴覚検査を実施する。

3 市契約機関は、聴覚検査を実施した場合には、受診票の所定欄に検査結果等を記載し、請求原票として使用する。

(実施回数及び検査内容)

第6条 聴覚検査の回数は、対象児1人につき初回検査の1回とする。

2 検査内容は次のいずれか一つとする。

(1) 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）

(2) 聴性脳幹反応検査（ABR）

(3) 耳鼻響放射検査（OAE）

(受診票の交付)

第7条 市長は、妊娠届を受理し母子健康手帳を交付する際に、聴覚検査の趣旨・内容及び利用方法等を十分説明し、受診票を交付するものとする。

- 2 新生児が他市町村から転入し、既に聴覚検査を受けている場合は、交付しない。
- 3 紛失や損傷等した場合は、市長に再交付を申請した上で、受診票の再交付を受けることができる。
- 4 新生児の保護者は、受診票を市契約機関に提出して聴覚検査を受けるものとする。

(費用の請求及び支払い)

第8条 聴覚検査について市契約機関が市長に請求することのできる額は、出生後28日未満（ただし、別途市長が認める場合はこの限りでない）までに実施した聴覚検査料とし、初回検査1回のみ上限5,000円とする。

- 2 市契約機関が本制度による聴覚検査を行った場合、受診票および請求書（様式第1号）を翌月20日までに市長あてに提出するものとする。ただし、新潟市医師会に加入の医療機関は、新潟市医師会の定める期限までに新潟市医師会に提出する。
- 3 市長は、市契約機関から受診票および請求書（様式第1号）が提出されたときは、その内容を審査のうえ遅滞なく当該市契約機関に支払うものとする。ただし、新潟市医師会に加入の医療機関へは、新潟市医師会を経由して支払うものとする。

(払い戻しの申請)

第9条 新生児の保護者は、市契約機関以外の医療機関等で聴覚検査を受診する等、受診票を使用せずに医療機関等に対して検査費用を支払ったときは、妊婦・産婦健康診査費、新生児聴覚検査費払い戻し申請書（様式第2号）に必要書類を添付して市長に請求できるものとする。請求できる費用については、第8条のとおりとする。

- 2 市長は、妊婦・産婦健康診査費、新生児聴覚検査費払い戻し申請書（様式第2号）が提出されたときは、その内容を審査のうえ遅滞なく支払うものとする。
- 3 前々項の申請期間は、原則として出産後1年に満たない日とする。

(事後指導について)

第10条 聴覚検査の結果、事後指導を要する者については、当該医療機関等と連絡を密にし、必要に応じて適切な措置を講ずるものとする。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、新生児聴覚検査の実施に関して必要な事項については、別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1号

請 求 書

金 額			百万			千			円
-----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

(金額はアラビア数字で頭部に¥をつけ訂正しないで下さい)

区 分	件 数	単 価	請 求 金 額	備 考
新生児聴覚検査	件		円	

振 込 銀 行	銀行	支店
口 座 番 号	普 通 当 座	
(カタカナ) 口 座 名 義 人		
連 絡 先	()	担当者名

上記の金額を請求します。

年 月 日

委託医療機関等

住所

名称

代表者名

(宛先) 新潟市長

注意 請求内容として、所見等を記載した「新潟市 新生児聴覚検査受診票」を添付すること。

様式 第2号

妊婦・産婦健康診査費、新生児聴覚検査費払い戻し申請書

関係書類を添えて、妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費用の払い戻しの申請をします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

*太枠内をご記入ください

申請者 (妊婦・産婦本人)	氏名 (フリガナ)	()	母子健康 手帳番号										
	生年月日	年 月 日 (歳)											
	住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ()											
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。			住所変更日： 年 月 日 [右記市役所記入欄:確認 要・否] 前住所：										
今回申請する 健康診査・検査		☐ 妊婦健康診査 ☐ 産婦健康診査 ☐ 新生児聴覚検査											
【 同 意 書 】 ・妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費用の払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。 ・他自治体で新生児聴覚検査費用の助成を受けていません。 年 月 日 申請者氏名 _____													
振込先	金融機関名	銀行 支 店											
	預金種別	普通 当 座	口座番号										
	(フリガナ) 口座名義人	()											

添付書類

1. 口座番号、名義人(カタカナ)の記載されている通帳のコピー
2. 使用せずに残った受診票及び子宮頸がん検診受診クーポン券
3. 受診時の領収書とその明細書(どちらも原本)
※明細書のみ添付は、申請不可
4. 母子健康手帳のコピー
妊婦健康診査：「妊娠中の経過」「(妊婦)検査の記録」
産婦健康診査：「出産後の母体の経過」
新生児聴覚検査：「(新生児)検査の記録」
5. 委任状(振込先指定口座が申請者と異なる場合に提出してください。)

(新潟市記入欄)

償還払い支払額 合計	
妊婦健康診査	
産婦健康診査	
新生児聴覚検査	

裏面あり

★太枠部分をご記入ください。

★母子健康手帳の「妊娠中の経過」「(妊婦) 検査の記録」「出産後の母体の経過」「(新生児) 検査の記録」欄に記載されている順に、受診状況をご記入ください。(健診歴すべてご記入ください)

妊婦健康診査	健診歴	受診年月日	受診票 使用状況	受診した医療機関名	検査項目	支払額
	1	年 月 日	使用 ・ 未使用	県	貧(判):末,採 糖(判):グ 免(判):血,不,梅毒,B, C,H I ,風,H T 子宮頸がん ・ 超音波	
	2	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	3	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	4	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上	超音波	
	5	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	6	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	7	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上	貧(判):末,採 糖(判):グ Chia(判):採,核 超音波	
	8	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	9	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	10	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上	GBS(判):採,B群	
	11	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上	貧(判):末,採 超音波	
	12	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	13	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
	14	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上		
産婦健康診査	1	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上	問診・診察、体重・血圧測定 尿検査、EPDS	
	2	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上	問診・診察、体重・血圧測定 尿検査、EPDS	
聴覚検査 新生児	1	年 月 日	未使用	県 ・ 同上	AABR,ABR,OAE のいずれか	