

## ～県外で新生児聴覚検査を受けられる方へ～

### 明和町新生児聴覚検査助成金の交付申請手続きのお知らせ

県外の医療機関で新生児聴覚検査を受ける場合は、検査料を一時立替払いをお願いします。  
下記の必要書類をご準備し、検査後6か月以内に申請して下さい。

★申請先：明和町保健センター（TEL 60-5917）

#### ★持参するもの

- ①明和町新生児聴覚検査助成金交付申請書（申請書は明和町保健センターにあります）
- ②新生児聴覚検査受診票（判定及び所見等記入済のもの）
- ③聴覚検査費用がわかる領収書、明細書（原本）（領収印、医療機関名の記載があるもの）
- ④印鑑
- ⑤口座番号のわかるもの
- ⑥母子健康手帳（検査結果記入）

#### ★新生児聴覚検査の助成額

上限3,000円で一人につき検査1回まで（3,000円に満たない場合はその額）

※下記の医療機関は契約をしておりますので、明和町新生児聴覚検査助成金交付申請の手続きは必要ありません。

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| ・中村レディースクリニック | 埼玉県羽生市中岩瀬612    |
| ・羽生総合病院       | 埼玉県羽生市上岩瀬551    |
| ・足利赤十字病院      | 栃木県足利市五十部町284-1 |
| ・佐野厚生総合病院     | 栃木県佐野市堀米町1728番地 |

《注意》新生児聴覚検査を行わない医療機関もあります。検査を希望する場合は保健センターへご相談ください。