

～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 6 0 - 5 9 1 7）

★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

★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 6 1 2 |
| ・ 羽生総合病院 | 埼玉県羽生市上岩瀬 5 5 1 |
| ・ 足利赤十字病院 | 栃木県足利市五十部町 2 8 4 - 1 |
| ・ 佐野厚生総合病院 | 栃木県佐野市堀米町 1 7 2 8 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。