

阪南市新生児聴覚検査助成事業

●対象者

阪南市に住民登録がある令和5年4月1日以降に生まれた生後28日未満の新生児

●検査方法

自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）または、耳音響放射検査（OAE）

●助成金額

自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）・・・上限5,000円

耳音響放射検査（OAE）・・・上限1,500円

●持ち物

新生児聴覚検査受検票（兼結果通知書）、母子健康手帳、健康保険証など

●受検方法

直接、医療機関等にお申し込みください。

（基本的には出産・入院している産院等での受検になります。）

●助成方法

1)大阪府内の医療機関で検査を受ける場合

妊娠届出時に発行する『新生児聴覚検査受検票（兼結果通知票）』を医療機関に提出し、検査費用から助成額（自動ABR：5,000円、OAE：1,500円）を差し引いた額を医療機関の窓口でお支払いください。

近隣の医療機関	住 所	電話番号
りんくう総合医療センター	泉佐野市りんくう往来北2-23	469-3111
谷口病院	泉佐野市大西1-5-20	463-3232
笠松産婦人科・小児科	阪南市鳥取中192-2	471-3222
ながまつレディースクリニック	阪南市鳥取628-1	472-3788
あかね・レディースクリニック	貝塚市石才552	436-3541
おさきマタニティクリニック	貝塚市堀2-19-15	423-1103

2)大阪府外の医療機関で検査を受ける場合

受検票の規定の範囲内で検査費用を還付します。下記①～⑤をお持ちのうえ、阪南市立保健センターで還付手続きを行ってください。

- ① 新生児聴覚検査受検票（兼結果通知票）：医療機関記入欄を医療機関に記入してもらったもの
- ② 母子健康手帳：医療機関に結果を記入してもらったもの
- ③ 聴覚検査の費用がわかる領収書（診療明細書）の原本（コピー不可）
- ④ 印鑑（申請書類に訂正箇所が生じた場合に必要です。）
- ⑤ 振込金融機関口座確認書類（例：金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人（か）がわかる通帳又はキャッシュカード）

* 申請期限は、受検日から2年以内です。



【お問い合わせ】

阪南市立保健センター
住所：阪南市黒田263-1
TEL：472-2800