

令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成実施要綱

令和7年3月27日

砥部町告示第84号

(趣旨)

第1条 この告示は、新生児の聴覚障がい、先天性代謝異常による障がい及び病気等を早期に発見し、できるだけ早い段階で適切な措置を講じられることを目的とし、新生児聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）及び拡大新生児スクリーニング検査（以下「拡スク検査」という。）を、愛媛県外（日本国内に限る。以下同じ。）の医療機関又は助産所（以下「医療機関等」という。）で受診した場合に要する費用を予算の範囲内で助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 助成の対象者は、聴覚検査及び拡スク検査の受検日において砥部町に住民票を有する新生児の保護者であり、かつ、愛媛県外の医療機関等で聴覚検査及び拡スク検査を受けた者とする。

2 拡スク検査については、令和7年4月1日以降に出生した新生児の保護者とする。

(助成の対象となる検査、疾患及び助成金の額)

第3条 助成の対象となる検査の受検時期及び検査内容は、別表に掲げるとおりとする。

2 助成金の額は、令和7年度の委託契約に定める額を上限とする。

(助成の申請)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、出産日から6か月以内に令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、町長に助成の申請をしなければならない。

- (1) 医療機関等が発行する当該検査の内容がわかる領収書
- (2) 未使用の砥部町新生児聴覚検査受診票
- (3) 母子健康手帳の当該検査を受検したことが分かる箇所の写し

(助成金の交付決定及び通知)

第5条 町長は、前条の規定による申請を受理したときは、速やかに審査し、助成の可否及び助成金の額を決定し、申請者に対し令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費交付決定通知書（様式第2号）又は令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費不交付決定通知書（様式第3号）により、その旨を助成申請者に通知するものとする。

（助成金の請求及び支給）

第6条 前条の交付決定通知を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、速やかに、令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成請求書（様式第4号）を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による請求書の提出があった場合、その内容を適当と認めたときはその日から起算して30日以内に助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第7条 町長は、交付決定者が不正な手段により助成金の交付を受けた場合、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 町長は、前項の規定により助成金の交付決定を取り消した場合、当該取り消しに係る部分に関し、既に助成金を交付しているときは、助成金の返還を命ずることができる。

3 前項の規定により助成金の返還を求められた者は、速やかに助成金を返還しなければならない。

（委任）

第8条 この告示に定めるもののほか、新生児聴覚検査及び拡大新生児スクリーニング検査費の助成金に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

別表（第3条関係）

	検査回数	検査時期	対象となる検査方法・疾患
新生児聴覚検査	最大2回 初回検査 確認検査 （初回検査の結果により、再検査が必要な場合に限り、確認検査を実施する）	（出産した医療機関等で受ける場合）生後1週間以内 （出産した医療機関等以外で受ける場合）生後1月未満 ただし、未熟児など特別な配慮が必要な場合は、医師の判断により、町長が認めた時期とする。	自動 ABR 検査 （自動聴性脳幹反応）
拡大新生児スクリーニング検査	1回	出生後28日未満 ただし、未熟児など特別な配慮が必要な場合は、医師の判断により、町長が認めた時期とする。 また、県外の医療機関等が当該検査を実施していない場合は助成対象外とする。	1 ポンペ病 2 ゴーシェ病 3 ファブリー病 4 ムコ多糖症Ⅰ型 5 ムコ多糖症Ⅱ型 6 重症複合免疫不全症 7 脊髄性筋萎縮症

様式第1号（第4条関係）

令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者

住 所 _____

新生児氏名 _____

保護者氏名 _____

電 話 () — _____

県外の医療機関等で聴覚検査及び拡スク検査を受検しましたので、関係書類を添えて、令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費の助成を申請します。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について同意します。

助成対象		検査実施日	申請額
聴覚検査	初回検査	年 月 日	円
	確認検査	年 月 日	円
拡スク検査		年 月 日	円

（注）助成額は、実際に県外医療機関等で支払った額とする。ただし、上限を検査実施日の属する年度の委託契約に定める額とする。

<職員記入欄>

領収書	☐ 聴覚初回検査	☐ 聴覚確認検査	☐ 拡スク検査
未使用受診票	☐ 聴覚初回検査	☐ 聴覚確認検査	—
母子健康手帳	☐ 聴覚初回検査	☐ 聴覚確認検査	☐ 拡スク検査

様式第 2 号（第 5 条関係）

令和 7 年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金
交付決定通知書

砥部町指令 砥保第 号
年 月 日

<申請者氏名> 様

砥部町長 印

年 月 日付けで申請のありました令和 7 年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スリーニング検査費助成金交付申請について、令和 7 年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

助成額 金 円

様式第3号（第5条関係）

令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金

不交付決定通知書

砥部町指令 砥保第 号
年 月 日

<申請者氏名> 様

砥部町長 

年 月 日付けで申請のありました令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金の交付については、下記の理由により交付しないことに決定しましたので通知します。

記

不交付とした理由

様式第 4 号（第 6 条関係）

令和 7 年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金交付請求書

年 月 日

砥部町長 様

請 求 者	住 所	〒
	ふりがな 氏 名	⑩
	電 話	()

年 月 日付け砥部町指令 砥保第 号で交付決定通知のありました令和 7 年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金について、下記の
とおり請求します。

記

- 1 請求額 金 円
- 2 振込先

金融機関名	銀 行 本 店 農 協 支 店 信用金庫 出張所						
預 金 種 別	普通・当座		(ふりがな) 口座名義人(※)		()		
口 座 番 号							

※請求者(交付決定者)と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。

委任状	
(宛先) 砥部町長 様	
年 月 日	
委任者 (交付決定者)	
住所	
氏名 (署名又は記名押印)	
次の者に令和 7 年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費 助成金の受領を委任します。	
受任者 (口座名義人)	
住所	
氏名	