

新生児聴覚スクリーニング検査助成金償還払い
(払い戻し) について

北九州市以外の医療機関や助産院で新生児聴覚検査を受けた場合、費用の一部が助成されます。(北九州市の医療機関は検査票が使用できます。) 医療機関等の窓口で一旦検査料金を支払い、領収書をもってください。その後、いきいきほーる窓口で償還払いの手続きを行います。

助成額 (上限) 自動 ABR : 2,500 円
OAE : 1,500 円

持ってくるもの

- ① 新生児聴覚検査で支払った領収書
必ず、「新生児聴覚検査」と明記され、金額(点数)が記載されているものでかつ、医療機関等の押印のあるもの。
- ② 検査方法と検査結果がわかるもの(検査票もしくは母子健康手帳に記載されている結果)
- ③ 通帳(産婦本人の名義のもの)
- ④ 印鑑(認印可)
- ⑤ 請求書(右側)
住所・氏名・TEL、振込口座記入欄のみご記入ください。
- ⑥ 母子健康手帳

赤ちゃんの4か月児健診くらいまでに申請してください。

【注意】水巻町から転出後の検査は、助成がありません。転出先で確認してください。

問い合わせ

水巻町健康課健康推進係(いきいきほーる)

TEL 093-202-3212

請求書

水巻町長様

請求者

住所

令和 年 月 日
下記のとおり請求します。

氏名

TEL

請求金額 ¥	担当課 検収印
新生児聴覚検査費用	
検査方法:	
検査医療機関:	
対象児氏名:	
対象児生年月日:	

【振込口座記入欄】

金融機関

金融機関名	銀行/金庫	分類	口座番号								
金融機関コード			普通 当座	フリガナ							
支店名	店	支店コード		口座名義							

□ゆうちょ銀行(郵便局) 貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください
記号(左詰めでお書きください。6桁目がある場合※欄にご記入ください)

1			0	-	※	フリガナ					
番号(右詰でお書きください。)						口座名義					

注意事項

1. 請求金額の訂正は認めない
2. 振込先の銀行名を記入すること
3. 請求金額はアラビア数字で正確に記入すること
4. 請求印は朱肉を使うこと
5. 電話番号は必ず記入すること