

新生児聴覚検査助成 還付申請チェックリスト

※郵送による申請をされる方は、こちらのチェックリストを同封してください。

対象者チェックリスト	チェック欄
1. 新生児聴覚検査費用が記載されている金額以下の場合、また本券が医療機関等で使用できなかった場合であること。	
2. 出産日より生後3か月になる前日までに受けた検査であること。 検査時点で産婦が大和市に住民登録をしていること (養育者が母以外場合) 検査時点で、対象児が大和市に住民登録していること	
3. 還付申請が出産日から1年以内であること ※すくすく子育て課の受理日を申請日とします。申請日が申請期日を超過した場合、消印日を申請日と判断します。	

申請に必要なものチェックリスト	チェック欄
1. 大和市新生児聴覚検査費用助成申請書(第4号様式) ※対象者・申請者及び請求者・振込先口座名義人は、原則産婦本人となります。(母が養育しない場合は養育者)	
2. 請求書 ※産婦本人の氏名でご記入ください。	
3. 助成対象となる領収書の原本及び診療明細書 領収書の合計_____枚 明細書の合計_____枚	
4. 新生児聴覚検査費用補助券(未使用分) ※新生児聴覚検査費用補助券は、3枚綴りとなっています。 産婦と対象児の氏名、生年月日等についてはご記入ください。	
5. 親子(母子)健康手帳 ・1ページ出生届出済証明のコピー ・18ページの新生児聴覚検査の記録のコピー	
6. 産婦本人名義の普通預金口座が確認できるもの(通帳またはキャッシュカード)のコピー ※旧姓の口座は認められません。 ※名義と口座番号がはっきり認識できるようにコピーしてください。	

【申請期限】

窓口へ持参または、下記のあて先に郵送してください。

郵送の場合は差出し・配達記録が残る簡易書留や特定記録郵便などの利用をお勧めします。普通郵便で送付された書類の到達確認はお受けできない場合があります。

【送付先・事務担当】

〒242-8601

大和市鶴間1-31-7 大和市保健福祉センター2階

すくすく子育て課 母子保健係

電話 046-260-5609