

伊丹市新生児聴覚検査費助成事業のご案内

伊丹市では、令和 8 年4月1日以降に生まれたお子さんが受けた新生児聴覚検査(以下、検査とする)に要した費用の一部を助成します。

対象者	以下のすべてに該当する方 ・ 令和 8 年 4 月 1 日以降に生まれた児の母親であること ・ お子さんが検査を受けた日に、伊丹市内に住所を有していること ・ 助成の対象となる経費について、他の助成金の交付を受けていないこと ・ 伊丹市と医療機関等が、必要に応じて支援に必要な受診状況や受診結果等を情報共有することに同意する方 ※検査後に伊丹市へ転入された方は、助成対象にはなりません
助成内容	助成の対象となる検査は、生後 6 か月未満の児に対して出生後初めて実施する検査で、次のいずれかに該当する検査。児 1 人につき 5,000 円を上限とします。 ただし、検査費用が 5,000 円に満たない場合は、その額とします。 ・ 自動聴性脳幹反応検査(AABR) ・ 聴性脳幹反応検査(ABR) ・ 耳音響放射検査(OAE) ・ その他市長が適当と認める検査
助成回数	児 1 人につき、1 回
申請期限	助成希望者は、検査を受けた日から6か月以内に申請が必要です。 例:令和 8 年4月10日に検査を受けた場合→令和 8 年10月10日までに申請 (5月31日に検査→11月30日まで 8月31日に検査→2月28日(29日)まで) (郵送の場合は、申請期限日の消印有効) ※申請期限が過ぎたものは、助成対象にはなりません。ご注意ください。
申請方法	次の書類を提出してください。 ・ 伊丹市新生児聴覚検査費助成金支給申請書(3枚で1セットです) ・ 検査に係る医療機関等の領収書と診療明細書(原本) ※郵送された場合、申請月の 2 か月後に送付する支給決定通知書に同封して返送します。 早めの返送をご希望の方は、返信用封筒に切手を貼り、返信先の住所・氏名をご記入の上、申請時の書類に同封してください。書類の確認後に返送いたします。 ・ 検査結果がわかるもの(母子手帳の写し等) ・ 未使用の助成券(交付を受けている場合) ・ 申請者の住民票の写し(市が本申請に必要な範囲で住民基本台帳の確認を行うことに同意される場合は提出不要) ・ 申請者が指定する助成金振込口座の通帳、またはキャッシュカード (郵送の場合は写し)
助成方法	助成決定後、指定口座への振り込みにて助成を行います。

「お問い合わせ先」伊丹市立保健センター (〒664-0898 伊丹市千僧1-1-1)
TEL:072-784-8034 / FAX:072-784-3281

