

新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請に必要な書類等について

里帰りなどで、新生児聴覚スクリーニング検査助成券を利用できない医療機関で新生児聴覚スクリーニング検査を受けられた方に、検査費用の一部を助成します。

【申請に必要なもの】

- (1) 母子健康手帳の該当ページのコピー（下記①②参照）
- (2) 使用しなかった新生児聴覚スクリーニング検査助成券
- (3) 新生児聴覚スクリーニング検査の領収書、明細書の原本
（入院中の領収書・明細書に記載されている場合あり）
- (4) 申請者名義（父母どちらでも可）の通帳やキャッシュカードなどの口座番号が記載された部分のコピー

【申請期日】

検査してから6か月以内

【申請場所】 2か所あり

- ・蓮田市役所子ども支援課
開所時間/8:30～17:15 休所日/土・日・祝日・年末年始
- ・蓮田駅西口行政センター内「プレックス・キッズ」（こども家庭センター）
開所時間/9:00～17:00 休所日/木・祝日・年末年始



蓮田市マスコットキャラクター
はすびい

＜お問合せ先＞
蓮田市役所 子ども支援課 子どもの健康担当
Tel 048-768-3111（内線151・156）

コピーする母子健康手帳の該当ページについて
★ 2か所あります ★
赤い枠内の記載があるか確認ください

1

出生届出済証明のページ

（この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。）

続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
父		年 月 日生(歳)	
子		年 月 日生(歳)	
保護者	電話		
居住地	電話		
	電話		

出生届出済証明

子の氏名	男・女
出生の場所	都道府県 市区町村
出生の年月日	年 月 日
上記の者については 出生の届出があったことを証明する。	
市区町村長	
印	

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

2

新生児聴覚スクリーニング検査の記録のページ

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常等検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)	年 月 日	右(パス・リファア) 左(パス・リファア)
リファア(要再検査)の場合	年 月 日	
先天性サイトメガロウイルス検査	年 月 日	陰性・陽性

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

予備欄

保護者の記録[2週間頃]

(年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ・はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい・いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい・いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ・はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい・いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ・はい・何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、こども家庭センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。