

令和 年 月 日議決・専決

令和 7 年 1 0 月 1 日施行

令和 7 年 9 月 1 6 日公布

令和 年 月 日適用

佐用町告示第 号

令和 7 年佐用町要綱第 4 2 号

佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱をここに公布する。

令和 7 年 9 月 1 6 日

佐用町長 庵 途 典 章

佐用町要綱第42号

佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱
(案)

佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱（平成29年佐用町要綱第18号）の一部を次のように改正する。

第4条中「検査料」の次に「及び初回検査において再度検査が必要であると認められた者に対して行う確認検査料」を加える。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

		1枚限り	初回検査費・確認検査費
--	--	------	-------------

○

新生児聴覚検査費助成券

発行番号		発行日	
保護者(母親)氏名		保護者(母親)生年月日	
住 所	兵庫県佐用郡佐用町		

下記の児の新生児の聴覚検査を依頼します。

佐用町長

以下は、医療機関等でご記入の上、請求書（別様式）に添えてご提出ください。

----- 切 り 取 り 線 -----

○

受 診 報 告 書	
------------------	--

発行番号 保護者(母親)氏名
(,)の新生児聴覚検査を実施したので報告します。

佐用町長 様

医療機関名 _____

請求金額 _____ 円

児	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	氏 名	(決まっている場合のみ)		

	初回検査	※ 確認検査
受診年月日	年 月 日	年 月 日
検査方法	☐ (A) ABR ☐ OAE ☐ その他 ()	☐ (A) ABR ☐ OAE ☐ その他 ()
検査結果	右 ☐ パス ☐ リファー 左 ☐ パス ☐ リファー	右 ☐ パス ☐ リファー 左 ☐ パス ☐ リファー

※確認検査は初回検査の検査結果が「リファー」の場合に記載してください。

様式第 3 号を次のように改める。
様式第 3 号（第 7 条関係）
新生児聴覚検査費助成金請求書

年 月 日

佐用町長 様

申請者 住所

氏名 (印)

電話

佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第 7 条の規定により次の金額を交付くださ
るよう請求します。

請求金額 円

対象児	氏 名					
	生年月日					
	住 所					
検査方法		・自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR） ・スクリーニング用耳音響放射検査（OAE） ※あてはまるものに○をつけてください。				
検査料		円 ※検査に直接要した費用				
振込先	金融機関 の 名 称	銀 行・農 協 信用金庫・信用組合			支 店 出張所	
	フリガナ 口座名義		預 金 種 目	1 普通 2 当座	口 座 番 号	

※ 新生児聴覚検査受診結果・新生児聴覚検査に係る領収証の写し・助成券 添付

- 附 則
(施行期日)
1 この要綱は、令和 7 年10月 1 日から施行する。
(経過措置)
2 改正後の佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱の規定は、この要綱の施行
の日以後に出生した新生児の聴覚検査について適用し、同日前に出生した新生児
の聴覚検査については、なお従前の例による。

