

令和 年 月 日議決・専決

令和 8 年 1 0 月 1 日施行

令和 8 年 7 月 1 5 日公布

令和 年 月 日適用

佐用町告示第 号

令和 8 年佐用町要綱第 4 6 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 8 年 7 月 1 5 日

佐用町長 江 見 秀 樹

佐用町要綱第46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（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。

様式第1号を次のように改める。



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 -----



発行番号 保護者(母親)氏
(,)

受 診 報 告 書

)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 合計 円

【初回検査分】 請求金額 円	【確認検査分】 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	☐ 自動ABR ☐ OAE	☐ 自動ABR ☐ OAE
検査結果	右 ☐ パス ☐ リファー 左 ☐ パス ☐ リファー	右 ☐ パス ☐ 要精密検査 左 ☐ パス ☐ 要精密検査
※リファーの場合 先天性サイトメガロウイルス検査 (生後 21 日以内の尿 CMV 核酸検査)		☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 検査結果待ち ☐ 他機関へ紹介済 ※治療開始は生後 2 か月以内が推奨されています。リファーの場合は速やかに尿 CMV 核酸検査の実施をお願いします。
町支援要否	☐ 支援不要 ☐ 要支援 ⇒ ☐ 連絡済 ※連絡方法をチェックしてください。 〔主たる理由： 〕 【連絡方法】 ☐ 養育支援ネット ☐ 佐用町(電話 0790-82-0661)へ連絡	

附 則

この要綱は、令和 8 年 10 月 1 日から施行する。