



里帰り出産等により県外（国内）の医療機関で
 新生児聴覚検査・1か月児健診を受診した場合、健診（検査）費用の一部を
 払い戻しいたします。

申請先・申請方法

- 申請先 ▶ こども課（指宿保健センター内）
 申請方法 ▶ 下記①～③のいずれか
 ①オンライン申請
 ②窓口にて直接申請
 ③必要書類を郵送にて申請

申請期限

各健診・検査を受診した日から1年以内

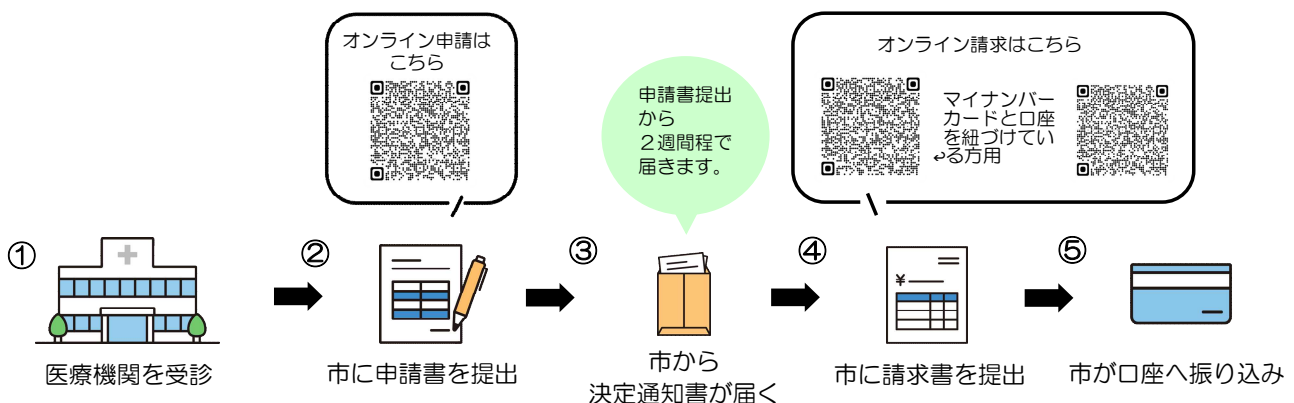
その他

助成する金額にはそれぞれ上限があります。健診費用（保険診療外分）が上限額より少ない場合は、その額が助成する額となります。

※指宿市で定めている検査内容以外の費用については、助成の対象外となります。

※受診券に記載されている検査項目をすべて実施していない場合は、その健診（検査）は助成の対象外となります。

手続きの流れ



① 医療機関を受診

領収書，診療明細書，受診票は必ず保管してください。

② 市に申請書を提出（オンラインでも提出できます）

下記書類を提出して下さい。

☐ 新生児聴覚検査・1か月児健康診査費償還払助成金申請

☐ 医療機関の領収書・診療明細書の写し（レシート不可）

※領収書・診療明細書には下記項目が記載されていることを確認してください。

- ・受診者氏名
- ・受診年月日
- ・医療機関名

□健診・検査の結果が記入された受診票

□母子健康手帳の下記ページの写し

- ・出生届出済証明（全員）
- ・検査の記録（新生児聴覚検査の払い戻しを申請する方のみ）
- ・1か月児健康診査（1か月児健診の払い戻しを申請する方のみ）

新生児聴覚検査

検査の記録			
検査項目	検査年月日	検査者	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日		
新生児聴覚検査 （自聴式目録への記入）	年 月 日	右（ハス・リファ） 左（ハス・リファ）	
リファ（両側聴聴）の場合	年 月 日		

※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

1か月児健康診査

1 か月児健康診査			
（年 月 日実施・ 月 日）			
体 重	g	身 長	cm
胸 囲	cm	頭 囲	cm
栄養状態：良・悪	発熱：有・無	栄養法：母乳・混合・人工乳	健康・病状
特記事項			
検査を又は担当する			

次の健康診査までの記録
（自宅で測定した身長・体重も記入しよう。）

年 月 日	体 重	身 長	胸 囲	頭 囲	検 査 者

検 査 を 又 は 担 当 者 名

③ 市から決定通知書が届く

申請された書類をもとに市が助成額を決定し、決定通知書を送付します。

④ 市に請求書を提出（オンラインでも提出できます）

決定通知書をもとに、請求書を記入し、通帳の写し（金融機関名・支店名・種別・口座番号・口座名義を確認できる頁）を添付して提出してください。

⑤ 市が口座へ振り込み

請求書に記載された金融機関の口座に、決定した助成額を振り込みます。

受付・問い合わせ先

〒891-0497

指宿市十町2424番地

指宿市役所こども課おやこ保健係

TEL0993（22）2111 内線2281・2282