

市川市 新生児聴覚検査 償還払いの郵送申請チェックリスト

本申請手続きについては、領収書の原本を確認するため、窓口申請を基本としておりますが  
郵送申請を希望される方は、以下を必ずご確認ください後に、郵送をお願いいたします。

！！ 注意事項 ！！

・書類をお預かりした後、不足書類の送付や不備書類の修正のためこども家庭相談課（市川市南八幡4-18-8）・南行徳こども家庭センターへのご来所をお願いすることがあります。その場合にはお支払いまでにお時間をいただくことがありますので、ご了承ください。

・償還払いの申請後の流れについては、ホームページでご確認ください。

・**料金不足の郵便物は受取できません。差出人に返送されますのでご了承ください。**

郵送書類 ※利用内容や申請に応じて必要となる書類が異なります

[必要なもの]

|   |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
|---|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1 | 申請書                                                     | <div>記入見本をご確認ください</div> <div><div><input type="checkbox"/> 記入は黒のボールペンを使用（消えるペンは使用不可）</div><div><input type="checkbox"/> 健診結果は母子健康手帳「検査の記録」を転記</div><div><input type="checkbox"/> <b>申請者と振込口座名義人が違う（旧姓含む）→委任状も提出</b><br/><b>（市記入欄は空欄でご提出ください。記入がある場合、再提出となることがあります。）</b></div></div> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 領収書原本（コピー不可）<br>※原本返却希望の方は、コピーも同封<br>※医療機関により受診者名が異なります | 産婦（母）又は子の氏名（〇〇ベビーなどのこともある）・医療機関名・健診日・内容・金額・領収印があるもの                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | あれば明細書原本（コピー不可）<br>※原本返却希望の方は、コピーも同封                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 母子健康手帳表紙のコピー                                            | 母の氏名、子の氏名、子の生年月日を記入したもの                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 母子健康手帳<br>新生児聴覚検査の記録のコピー                                | 申請する健診の記録や日付がわかるもの                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 新生児聴覚スクリーニング検査受診票<br>※受診票上部の太枠内が記入されているもの               | <div><div><input type="checkbox"/> 母の健診コード</div><div><input type="checkbox"/> 電話番号</div><div><input type="checkbox"/> 母の氏名</div><div><input type="checkbox"/> 児の生年月日</div><div><input type="checkbox"/> 母の生年月日</div><div><input type="checkbox"/> 住所</div></div>                    | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 口座名義人のフリガナがわかるもの                                        | 通帳の見返し部分のコピー                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 本人確認書類のコピー<br>※顔写真や文字が明確にわかるものであること                     | 申請者の本人確認書類を1点または2点コピーし必ず同封してください。<br>※有効期限内のものに限る<br>※「手続きに必要なもの」の「6. 本人確認書類」をご確認ください。                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 返信用の切手<br>※領収証原本を特定配達記録郵便で返却希望の方のみ                      | <div><input type="checkbox"/> 未使用の切手（<b>新料金 50gまで320円分、100gまで390円分</b>）<br/>※令和6年10月1日より料金が変わります。<br/>※特定配達記録として返送します。<br/><u>令和6年9月1日以降に到着した郵送申請については、返送が10月1日以降になりますので新料金でのご準備をお願いいたします。</u><br/>※金額に不足がある場合は、不足分を追加で依頼しますのでご了承ください。</div>                                        | <input type="checkbox"/> |

- ※保険適用分は対象外です
- ※助成上限金額を超えた分については自己負担が生じます

郵送方法

- ※妊婦健康診査、産婦健康診査、新生児聴覚検査の償還払いは一括で受け取ります
- ※レターパックライトでの郵送をおすすめします。（配達履歴が分かります。）

◆郵送先

〒272-0023

市川市南八幡4-18-8 市川市こども家庭相談課 償還払い担当宛

（クリアファイルは返信用封筒に同封できない場合があるため使用しないでください）

受理、審査、決定、振込まで概ね3ヵ月かかります。書類の不足や不備があった場合はご連絡いたします。  
全ての書類が揃ってから手続きが始まります。