

安曇野市オプション新生児スクリーニング検査費用助成事業 のお知らせ

安曇野市では、お子さんが生まれてすぐに行う、下記の先天性代謝異常等検査の追加検査の費用を助成します。

1 対象となる検査と助成の範囲		県内 の医療機関で実施	県外 の医療機関で実施
対象検査	【拡大新生児スクリーニング検査】 ・ライソゾーム病 10 疾患 <small>（ムコ多糖症Ⅰ・Ⅱ・ⅣA・Ⅵ型・Ⅶ型、ボンベ病、ファブリー病【男児のみ対象】、ゴーシェ病、ニーマンピック病A/B型、クラッペ病）</small> ・副腎白質ジストロフィー	補助対象 検査費用を自費で支払った場合、補助の対象となります。 長野県内での検査料金：8,500 円	補助対象 県外の医療機関等で実施し、左記の検査項目のいずれかが含まれている場合、補助の対象とします。
	【オプション新生児スクリーニング検査】 ・原発性免疫不全症 ・脊髄性筋萎縮症	長野県では「新生児マススクリーニング検査に関する実証事業」にて検査を無料で実施しているため 補助対象外 となります。	補助対象※ 県外の医療機関等で実施し、費用を自費で支払った場合、補助の対象となります。 ※他県で左記の実証事業を実施している場合は補助の対象外となります。

2 対象者

検査時に安曇野市に住民登録がある新生児または乳児の保護者

3 助成金額

拡大新生児スクリーニング検査及びオプション新生児スクリーニング検査の費用として支払った額と、市が規定する額（14,500 円）のうちいずれか少ない方の金額（採血料は除く）

ただし、各検査を分けて実施する場合は助成額の上限を、拡大新生児スクリーニング検査は 8,500 円、オプション新生児スクリーニング検査は 6,000 円とする。

4 助成回数 各検査につき初回の検査を助成する。

5 検査期間と申請期間

- ・検査期間：生後 2 か月以内（例：1 月 1 日生まれの場合、3 月 1 日まで検査可）
- ・申請期間：検査を受けた日から 6 か月以内
（例：1 月 1 日が検査日の場合、7 月 1 日まで申請可）

6 申請方法

（1）申請窓口 安曇野市役所 本庁舎 1 階 健康推進課（11 番窓口）

（2）提出方法 窓口に来庁 または 郵送

（3）提出書類 以下の書類を、健康推進課に提出してください。

- ① 安曇野市オプション新生児スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書
- ② 母子健康手帳・検査結果等、検査を受けた日が分かるものの写し
- ③ 医療機関等が発行した領収書と診療明細書の写し（検査費用の支払い額がわかるもの）
※診療明細が複数ページに及ぶ場合はすべてのページの写しを提出してください。

【問い合わせ先】〒399-8281 長野県安曇野市豊科 6000 番地
安曇野市 保健医療部 健康推進課 （1 階 11 番窓口）
電話 0263-71-2471 Fax 0263-71-2328