

東都医発第885号
令和元年6月21日

一般社団法人
東京産婦人科医会
会長 落合 和彦 殿

公益社団法人
東京都医師会
会長 尾崎 治 夫



新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業計画書の提出について

標記の件につきまして、東京都福祉保健局より別紙のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

『新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業実施要綱』及び『新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業交付要綱』の制定及び事業の実施については、令和元年6月3日付け、東都医発第699号をもって貴会にお伝えいたしました。

本事業に係る補助金の活用を検討する場合には、事業計画書の作成・提出が必要となりますが、その詳細が別添のとおり示されましたのでご連絡いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただきますようお願い申し上げます。

なお、各分娩取扱医療機関及び耳鼻咽喉科には、東京都より別添（写）のとおり依頼がなされることを申し添えます。



(公社) 東京都医師会疾病対策課

TEL 03-3294-8837

FAX 03-3292-7097



31 福保子家第444号

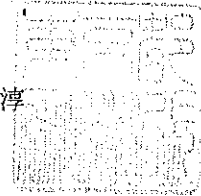
令和元年6月13日

公益社団法人東京都医師会会長

尾崎 治夫 様

東京都福祉保健局長

内藤 淳



新生児聴覚検査リファーマーのファミリーサポート事業計画書の提出について（依頼）

日頃から、東京都の母子保健事業の推進について、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

東京都では標記事業を実施するにあたり、別添（写）のとおり、分娩取扱医療機関及び耳鼻咽喉科宛て、事業計画書の提出について依頼しましたので、送付いたします。

また、地区医師会への周知方、よろしく願いいたします。

〔問合せ先〕

東京都福祉保健局少子社会対策部

家庭支援課母子保健担当 渡邊、東、鬼束、山中

電話 03（5320）4372（直通）

写

31 福保子家第444号
令和元年6月13日

分娩取扱医療機関・耳鼻咽喉科 各位

東京都福祉保健局少子社会対策部事業推進担当課長
(公印省略)

新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業計画書の提出について (依頼)

日ごろから、東京都の母子保健事業の推進について、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

東京都では、令和元年5月22日付31福保子家第261号「新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業実施要綱」及び「新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業交付要綱」の制定及び事業の実施についてにてご連絡しましたとおり、医療機関における検査機器整備の補助を実施することとなりました。

つきましては、本事業に係る補助金の活用を検討している場合は、事業計画書等を作成の上、提出してください。

記

1 事業の概要

(1) 補助対象施設

東京都内の医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項及び同条第2項に規定する産婦人科、耳鼻咽喉科を標榜する施設のうち、新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業実施要綱（平成31年3月29日付30福保子家第2053号。以下「実施要綱」という。）別紙1の3に該当する施設。

(2) 実施期間

平成31年4月1日から令和2年3月31日まで
(上記期間内に対象となる検査機器の納品を完了すること)

(3) 整備事業対象機器等

自動聴性脳幹反応検査機器（以下「自動ABR検査機器」という。）

(4) 補助条件

「実施要綱」の2参照

(5) 補助金の交付

本事業の経費については、新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業補助金交付要綱（令和元年5月14日付31福保子家第124号。以下「補助金交付要綱」という。）

により、予算の範囲内で補助を行うものとする。

(6) その他

詳細は、「実施要綱」及び「補助金交付要綱」による。

2 提出物等

(1) 提出物

以下の(ア)から(ク)までの書類を紙ベースで1部ずつ提出してください。

- (ア) 所要額調・・・・・・・・別紙1
- (イ) 事業計画書・・・・・・・・別紙2
- (ウ) 事業実施計画書・・別紙3
- (エ) 施設状況調書・・・・別紙4
- (オ) 設置場所見取図(様式任意)
- (カ) 見積書の写し
- (キ) カタログ等の資料
- (ク) その他

※ 別紙については、東京都福祉保健局のホームページにエクセルデータを掲載しておりますので、ダウンロードして作成してください。

(東京都福祉保健局ホームページ→妊娠・出産→新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート

URL : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/shussan/familysupport.html>)

(2) 提出期限

令和元年7月8日(月曜日)必着

(3) 提出先

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎28階北側

東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課母子保健担当 山中宛て

[問合せ先]

東京都福祉保健局少子社会対策部

家庭支援課母子保健担当 渡邊、東、鬼東、山中

電話 03(5320)4372(直通)

メール Yuka.Yamanaka@member.metro.tokyo.jp

別紙1

所 要 額 調

申請者名
及び施設名

区分	対象経費の 支出予定額 A	寄附金その 他の収入額 B	差引額 C=A-B	基準額 D	選定額 E	補助率 F	所要額 G=E×F	備考
	円	円	円	円	円		円	
新生児聴覚検 査リファーマーの ファミリーサ ポート事業				3,000,000		1/2		

- (注) 1 E欄の金額は、C及びDのうち少ない方の額を記入すること。
2 G欄の金額は、算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入すること。

事業計画書

- 1 申請者名及び施設名 _____
- 2 事業の種類 新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業
- 3 機器購入の内容

品名	銘柄	規格	数量	単価(円)	金額(円)	設置場所	備考
自動ABR			1				

別紙3

事業実施計画書

歳入		歳出	
新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業補助金	円		円
借入金	円		
自己資金（負担金）	円		
計	円	計	円

年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

補助事業者名

代表者



施設状況調査書

1 申請者名及び施設名 _____

2 施設状況

項目	回答	備考
公費負担制度に基づく新生児聴覚検査実施の有無	実施している・実施していない	検査内容・検査結果の保護者への説明、区市町村への連絡を含む
自動ABR機器 既設置台数	台	
新生児聴覚検査実施人数	人	過去1年間の実績
他院出生児への検査の実施（購入前）	実施している・実施していない	
他院出生児への検査の実施（購入後）	実施する・実施しない	

※自動ABRを既に所有している分娩取扱医療機関等は、必ず「他院出生児への検査の実施（購入前）」欄は「実施していない」、
「他院出生児への検査の実施（購入後）」は「実施する」となります。

※「公費負担制度に基づく新生児聴覚検査実施の有無」及び「他院出生児への検査の実施（購入後）」の御回答内容については、
補助対象となった場合、東京都福祉保健局ホームページにて公表する予定ですのでご承知おきください。

別紙1

記入例

所 要 額 調

申請者名 ○○ ○○
及び施設名 医療法人社団○○会△△病院

区分	対象経費の 支出予定額 A	寄附金その 他の収入額 B	差引額 C=A-B	基準額 D	選定額 E	補助率 F	所要額 G=E×F	備考
新生児聴覚検 査リファーマーの ファミリーサ ポート事業	円 2,600,000	円	円 2,600,000	円 3,000,000	円 2,600,000	1/2	円 1,300,000	

- (注) 1 E欄の金額は、C及びDのうち少ない方の額を記入すること。
2 G欄の金額は、算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額を記入すること。

- 1 申請者名及び施設名 医療法人社団〇〇会△△病院
- 2 事業の種類 新生児聴覚検査リファーマのファミリーサポート事業
- 3 機器購入の内容

品名	銘柄	規格	数量	単価(円)	金額(円)	設置場所	備考
自動ABR	・メーカー名 ・機種名	〇〇×〇〇	1	2,600,000	2,600,000	〇〇科〇〇室	

別紙3

事業実施計画書

記入例

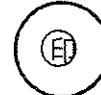
歳入		歳出	
新生児聴覚検査リファーマのファミリースポーツ事業補助金	1,300,000 円		2,600,000 円
借入金	0 円		
自己資金（負担金）	1,300,000 円		
計	2,600,000 円	計	2,600,000 円

令和元年6月25日

上記のとおり相違ないことを証明する。

補助事業者名 医療法人社団〇〇会△△病院

代表者 理事長 〇〇 〇〇



1 申請者名及び施設名 医療法人社団〇〇会△△病院 〇〇 〇〇

2 施設状況

項目	回答	備考
公費負担制度に基づく新生児聴覚検査実施の有無	実施している・実施していない	検査内容・検査結果の保護者への説明、区市町村への連絡を含む
自動ABR機器 既設置台数	1台	
新生児聴覚検査実施人数	100人	過去1年間の実績
他院出生児への検査の実施（購入前）	実施している・実施していない	
他院出生児への検査の実施（購入後）	実施する・実施しない	

※自動ABRを既に所有している分娩取扱医療機関等は、必ず「他院出生児への検査の実施（購入前）」欄は「実施していない」、
「他院出生児への検査の実施（購入後）」は「実施する」となります。

※「公費負担制度に基づく新生児聴覚検査実施の有無」及び「他院出生児への検査の実施（購入後）」の御回答内容については、
補助対象となった場合、東京都福祉保健局ホームページにて公表する予定ですのでご承知おきください。