

## 先天性代謝異常等検査に係る採血料の公費負担について

### (制 度)

- 先天性代謝異常等検査のための採血・指導料は、保護者に自己負担していただいているところですが、次の世帯に属する新生児はそれを無料としています。
  - A) 生活保護法による被保護世帯
  - B) 前年度分の市町村民税非課税世帯
  - C) 前年分の所得税非課税世帯

### (手 続 き)

- 上記の世帯に属する保護者の方で、生まれてくる子どもに検査を受けさせようと思われる方は、この申請書に必要事項を記入し、上記世帯であることを証明するものを添付の上、管轄の保健所に提出して「先天性代謝異常等検査採血料無料受検票」の交付を受けてください。
  - 「先天性代謝異常等検査採血料無料受検票」の交付を受けた方は、子どもが生まれたらすぐにこの受検票と母と子どもの健康ガイドに添付されている「先天性代謝異常等検査申出書」を添えて、医療機関の窓口へ提出すると、検査等に要する費用は無料となります。
  - 他府県の医療機関で出産された場合は、いったん医療機関で採血・指導料を支払ってもらった後、その領収書と無料受検票に請求書を添えて管轄の保健所に提出すると支払われた金額の一部が返ってきます。なお、請求書用紙は保健所にあります。
- ※ わからないことがあれば最寄りの保健所か京都府こども未来室又は市町村の窓口におたずねください。

## 先天性代謝異常等検査採血料無料受検票交付申請書

妊婦氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
<p style="text-align: center;">生まれてくる子どもの先天性代謝異常等検査を受けたいので「先天性代謝異常等検査採血料無料受検票」の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">京 都 府 保 健 所 長 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">妊婦との続柄</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 局 番</p>			
保 健 所 確 認 事 項	受付年月日	年 月 日	
	交付年月日	年 月 日	
	該当区分 ( A · B · C ) 確認方法 ( )		
	備 考		

※申請者は太ワク内のみについて記入してください。