

7 福祉子家第 1 0 9 6 号
令和 7 年 7 月 2 2 日

都内産婦人科・耳鼻咽喉科 各位

東京都福祉局子供・子育て支援部事業連携担当課長
(公印省略)

新生児聴覚検査機器購入支援事業補助金の意向調査票の提出について（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、令和 7 年 7 月 1 8 日付 7 福祉子家第 1 0 8 1 号「新生児聴覚検査機器購入支援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いたします。

つきましては、本事業に係る補助金の活用を御希望の場合は、下記のとおり意向調査票を作成の上、御提出をお願いいたします。

記

1 事業の概要

(1) 補助対象施設

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東京都内の施設のうち、新生児聴覚検査機器購入支援事業実施要綱（令和 7 年 7 月 3 日付 7 福祉子家第 9 4 9 号。以下「実施要綱」という。）の 4 に該当する施設

(2) 実施期間

令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 3 1 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（自動 A B R 検査機器）

(4) 補助条件

「実施要綱」の 3 参照

(5) 補助金の交付

本事業の経費については、新生児聴覚検査機器購入支援事業補助金交付要綱（令和 6 年 6 月 2 0 日付 6 福祉子家第 7 7 0 号。以下「補助金交付要綱」という。）に基づき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 意向調査票の提出

(1) 提出物

以下の(ア)及び(イ)の書類を1部ずつご提出ください。

(ア) 意向調査票

(イ) 見積書の写し…提出期限に間に合わない場合、交付申請時の提出で構いません。

※ 意向調査票については、東京都福祉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、記入例を参考に作成してください。(QRコードは最下段)
(子供家庭>妊娠・出産>母と子の健康のための情報>新生児聴覚検査機器購入支援事業
URL : https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/shussan/kenkou/abr_shien.html)

(2) 提出期限

令和7年8月12日(火曜日) 必着

(3) 提出先

以下の宛先まで、メールまたは郵送にてご提出ください。

〒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

東京都福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子保健担当 古賀宛て

メール Risa_Koga@member.metro.tokyo.jp

(4) その他

本事業に係る補助金の活用を御希望の場合は、漏れなく意向調査票のご提出をお願いいたします。

なお、本調査は、本事業の補助対象に該当する内容であるか、交付申請前に確認するために実施するものです。本調査により補助金交付額が決まるものではないため、今回ご回答いただいた所要額が交付上限額となることはございません。



〔問合せ先〕

東京都福祉局子供・子育て支援部

家庭支援課母子保健担当 古賀・堀江

電話 03(5320)4372(直通)

メール Risa_Koga@member.metro.tokyo.jp