

都内産婦人科・耳鼻咽喉科 各位

子供・子育て支援部事業連携担当課長
(公印省略)

令和 7 年度新生児聴覚検査機器購入支援事業補助金の交付申請書の提出について (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御礼申し上げます。
標記の件について、新生児聴覚検査機器購入支援事業交付要綱別記 1 に基づき、本事業に係る補助金を申請する場合は、下記のとおり交付申請書等を作成の上、御提出をお願いいたします。

記

1 提出物等

(1) 提出物 **((ア)～(キ)及び(ケ)は全員提出、(ク)及び(コ)は該当する場合のみ提出)**

	書類名	備考
(ア)	交付申請書 (別記第 1 号様式)	・(ア)から(エ)までは 1 つの Excel ファイルとなっており、計算式が入っています ・「【記入例】第 1 号様式」シートに記載の入力手順を御確認いただいた後、各シートの記入例のとおり、作成をお願いします。 ・押印省略可能です。押印する場合は、印鑑証明書と同一の印鑑を御使用ください。
(イ)	所要額調 (別記第 1 号様式別紙 1)	
(ウ)	事業計画書 (別記第 1 号様式別紙 2)	
(エ)	歳入歳出予算書 (又は見込) の抄本	
(オ)	見積書	・税込あるいは税抜であることが明記されているものを御準備ください。 ・意向調査時に提出済みの場合、再提出不要です。
(カ)	整備予定機器の概要がわかる資料	・カタログの写し等を御提出ください。
(キ)	設置場所見取図	・施設内の機器設置場所がわかる図を御提出ください。(様式は任意です)
(ク)	その他参考となる資料	・老朽化・故障による買い替えの場合、購入年度や故障の状況が分かる資料 (納品書の写し、既設置機器のラベル、メーカー発行の更新提案書等) を御提出ください。
(ケ)	印鑑証明書	・原本を郵送で御提出ください。 ・個人事業主で、印鑑証明書がない場合は提出不要です。
(コ)	委任状	・法人代表者と申請者が異なる場合、御提出ください。(法人理事長から病院長への委任等) ・押印付きの原本を郵送で御提出ください。

※ (ア)～(ク)の書類はメールでの提出也可

(2) 提出期限

令和7年10月31日（金曜日）必着

(3) 提出先

以下の宛先まで、メールまたは郵送にて御提出ください。

〒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

2 機器の納入期限について

令和8年3月31日までに納入まで完了した自動ABR検査機器が補助対象となります。

3 今後のスケジュール（予定）

12月下旬	交付決定見込み	メールにて交付決定見込みを御連絡します。
令和8年 1月中旬	交付決定 実績報告書提出依頼	交付決定通知を郵送いたします。
4月中旬	実績報告書提出	自動ABR機器の購入後（補助対象事業が完了後）速やかに、交付要綱別記2に基づき、実績報告書を御提出ください。
4月下旬	額の確定	実績報告書の内容審査後、各医療機関に対し補助金額の確定通知を行います。全ての医療機関様から実績報告書が提出された後に確定となりますので、速やかな提出をお願いいたします。
5月中旬	補助金支払	各医療機関からの請求に基づいて補助金を交付します。

〔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 堀江、古賀

電話 03（5320）4372（直通）

メール Risa_Koga@member.metro.tokyo.jp