

8 福祉子母第 6 1 4 号
令和 8 年 7 月 1 3 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
母子健康支援課長
(公印省略)

新生児聴覚検査機器購入支援事業の実施及び
補助金に係る意向調査票の提出依頼について

日頃から、東京都の母子保健事業の推進について、御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

東京都では、都内における新生児聴覚検査体制の整備を推進するため、新生児聴覚検査機器購入支援事業実施要綱（令和 5 年 7 月 3 1 日付 5 福祉子家第 1 2 6 号。以下「実施要綱」という。）及び新生児聴覚検査機器購入支援事業補助金交付要綱（令和 5 年 7 月 3 1 日付 5 福祉子家第 1 2 7 号。以下「補助金交付要綱」という。）に基づき、産婦人科又は耳鼻咽喉科を標榜する都内医療機関を対象として、聴覚検査機器（自動 ABR）の購入に係る補助事業を実施いたします。

つきましては、実施要綱及び補助金交付要綱を通知いたしますので、本補助金の活用を御希望される場合は、下記により意向調査票を御作成の上、御提出くださいますようお願いいたします。

なお、本通知は本事業の補助対象とならない医療機関にも送付しておりますので、あらかじめ御了承ください。

記

1 事業概要

別添資料のとおり

2 実施要綱及び補助金交付要綱

(1) 以下の東京都福祉局のホームページに掲載のとおり

(2) 適用年月日

令和 8 年 4 月 1 日

【東京都福祉局のホームページ】

URL : https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/shussan/kenkou/abr_shien.html

(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)

QR コード : 右の QR コードは東京都福祉局ホームページにリンクしています。



3 意向調査票の提出

(1) 提出物

以下の（ア）及び（イ）の書類を各1部御提出ください。

（ア）意向調査票

※ 意向調査票の様式（Excel データ）については、上記の東京都福祉局のホームページに掲載しております。様式をダウンロードの上、記入例を参考に御作成ください。

（イ）見積書の写し

※ 提出期限までの御提出が難しい場合は、今後別途御案内する交付申請の際に、併せて御提出いただいて差し支えありません。

(2) 提出期限

令和8年8月14日（金曜日）必着

(3) 提出先

〒163-8001

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 東京都庁第一本庁舎28階北

福祉局子供・子育て支援部母子健康支援課母子保健担当 増田

電話：03（5320）4372（直通）

メールアドレス：boshi-hoken@section.metro.tokyo.jp

Chinatsu_Masuda@member.metro.tokyo.jp

(4) 補足事項

本補助金の活用を御希望される場合は、必ず意向調査票の御提出をお願いいたします。

なお、本調査は、交付申請に先立ち、本補助金の補助対象に該当する内容であるかを把握するために実施するものです。今回御回答いただく内容により補助金額が決定するものではなく、御回答いただいた所要額がそのまま交付上限額となるものではありませんので、あらかじめ御承知おきください。

4 今後のスケジュール（予定）

令和8年 7月 意向調査票提出依頼

8月 意向調査票提出期限

9月 交付申請、審査会用資料提出依頼

10月 交付申請、審査会用資料提出期限

令和9年 1月 交付決定通知、実績報告書提出依頼

4月 実績報告書提出期限、補助額の確定

5月 補助金振込

5 その他

申請の流れ及びよくある質問等は、別添補足資料を御確認ください。

【問合せ先】

東京都福祉局子供・子育て支援部

母子健康支援課母子保健担当 増田

電話 03（5320）4372（直通）

メールアドレス：boshi-hoken@section.metro.tokyo.jp

Chinatsu_Masuda@member.metro.tokyo.jp