令和７年愛南町告示第50号

　愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱を次のように定める。

　　令和７年４月４日

愛南町長　中村　維伯

愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱

(目的)

第１条　この告示は、低所得の妊婦に対し初回産科受診に係る費用を助成することにより当該妊婦の経済的負担の軽減を図り、状況を継続的に把握することにより必要な支援につなぎ、もって母体及び胎児の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第２条　助成の対象となる者(以下「対象者」という。)は、愛南町に住所を有し、市販の妊娠検査薬により陽性を確認した者であって、住民税非課税世帯に属する者又はこれと同等の所得水準である者とする。

(実施機関)

第３条　対象者の初回産科受診における妊娠判定検査は、原則として県内の委託医療機関(以下「委託医療機関」という。)において実施するものとする。ただし、やむを得ない事由により委託をしていない医療機関において当該検査を実施する必要があると町長が認めるときは、この限りでない。

(対象経費)

第４条　助成の対象となる経費(以下「対象経費」という。)は、妊娠判定に要する問診及び診察、尿検査、超音波検査等(以下「検査等」という)に要する費用とする。だたし、尿検査及び超音波検査に対する助成は、医療機関が検査の必要があると判断する場合に限る。

(助成金額)

第５条　助成金の額は、１回の妊娠の判定に要する対象経費の全額とし、１万円を上限とする。

(助成の申請)

第６条　対象者は、助成を受けようとするときは、初回産科受診についてあらかじめ町に相談し、愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業利用申請書(様式第１号。以下「申請書」という。)を提出するものとする。

　(助成の決定)

第７条　町長は、申請書を受理したときは、その内容を審査し、助成を決定するときは、当該申請者に対し愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業受診票券結果通知書(様式第２号。以下「受診票」という。)を交付するものとする。

　(受診方法等)

第８条　前条の規定により助成の決定を受けた対象者(以下「助成決定者」という。)は、委託医療機関において検査等を受けるときは、受診票を提出しなければならない。

２　委託医療機関は、検査等の結果を助成決定者に通知するとともに、受診票により町に報告するものとする。この場合において、町長は、当該報告に基づき適切な支援を行うものとする。

　(助成金の支払等)

第９条　助成金は、助成決定者に交付する助成金の額の限度において前条第１項の規定により助成決定者の検査等を行った委託医療機関に対し支払うものとする。

２　委託医療機関は、助成決定者の検査等を行った日の属する月の翌月10日までに愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料請求書(様式第３号)を町長に提出するものとする。

３　町長は、前項の請求書を受理したときは、その内容を審査し、速やかに助成金を支払うものとする。

　(償還払による助成)

第10条　町長は、対象者がやむを得ない事由により委託をしていない医療機関において検査等を受けたときは、当該対象者に対し、償還払により助成金を交付することができる。

２　前項の規定により助成金の交付を受けようとする対象者は、検査等の日から起算して３か月以内に愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業申請書兼請求書(様式第４号)に関係書類を添えて町長に提出するものとする。

３　町長は、前項の申請書兼請求書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業決定通知書(様式第５号)により当該申請者に通知するとともに、速やかに助成金を支払うものとする。

(その他)

第11条　この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附　則

この告示は、公表の日から施行し、令和７年４月１日から適用する。

様式第１号(第６条関係)

愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業利用申請書

年　　月　　日

愛南町長　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

生年月日　　　年　　月　　日(　　歳)

電話番号

愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第６条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | １．住民税非課税世帯  ２．その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 妊娠について | 市販の妊娠検査薬により陽性を確認した日  陽性確認日　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 対象者との関係： | | |
| 住所 |  | | |
| ℡ |  | | |
| 世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　以下の事項に同意します。

□町が申請者の世帯の住民登録情報及び課税状況を確認すること。

□妊娠期から育児期までに必要な支援を受けること。

□町及び医療機関が把握した情報について、必要に応じて相互に確認し、又は共有すること。

様式第２号(第７条関係)

愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業受診票兼結果報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診票番号 | 第　　　　号 | 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 愛南町 | | |
| 委託医療機関　様  上記対象者の妊娠判定検査を依頼します。なお、検査の結果妊娠が判明した際は、別途対象者に妊娠届出書を発行してください。  ※助成の対象となるのは、保険診療外の検査のみです。    検査項目等　１　問診及び診察  　　　　　　　２　尿検査(医療機関の判断により実施するものに限る。)  　　　　　　　３　超音波検査(医療機関の判断により実施するものに限る。)  　　　　　　　４　その他(医療機関の判断により実施するものに限る。)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛南町長 | | | |

結果報告

愛南町長　様

【受診日】　　　　　　　年　　　月　　　日

【検査項目等】実施した項目に○を記入してください。

(　　　)１　問診及び診察

　　　　　(　　　)２　尿検査

　　　　　(　　　)３　超音波検査

　　　　　(　　　)４　その他(検査の内容：　　　　　　　　　　　　)

【結果】　妊娠(　　　　週)・不明・その他(　　　　　　　　)

　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

様式第３号(第９条関係)

　　愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料請求書

年　　　月　　　日

愛南町長　　　　　　　様

住所

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　㊞

登録番号(　　　　　　　　　　　)

当請求金額を次の預金口座にお振込みください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行  金庫  組合 | | | | 本店  支店 | | | | |
| 口座名義人名 | (カナ)※１ | | | | | | | | |
| (漢字) | | | | | | | | |
| 普通・当座 | 口座  番号 |  |  |  | |  |  |  |  |

下記の金額を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額  ※２ | | 円  ただし　　月分初回産科受診料 | | | | | 内訳は、下記のとおり | |
| 受診票  番号 | 検査項目等※３ | | | | | 合計 | | 請求金額  ※４ |
| 問診及び診察 | | 尿検査 | 超音波  検査 | その他 |
|  | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 | | 円 |
|  | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 | | 円 |
|  | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 | | 円 |

※１　口座名義人(カナ)は，通帳等で確認の上、正確に記入してください(濁点の有無、「オ」と「ヲ」の違いなどにより、振り込みできない場合があります。)。

※２　金額には、請求金額(※４)の合計を記載してください。

※３　公費助成の対象となるのは、保険診療対象外の検査のみです。尿検査及び超音波検査は、医療機関の判断により実施してください。

※４　一人当たり１万円を上限とした公費助成ですので、これを超える金額につい　ては受診者から徴収してください。

様式第４条(第10条関係)

愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業申請書兼請求書

年　　月　　日

愛南町長　　　　　　　様

(申請者)　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付について、やむを得ず県外の医療機関を受診したので、愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第10条第２項の規定により関係書類を添えて申請(請求)します。

請求金額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

【振込先金融機関】※振込先は、申請者名義の口座であること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)  口座名義人 |  | | | | | | | | |

【同意欄】

初回産科受診料の助成を受けるに当たり、世帯の住民登録情報及び課税状況を確認することに同意します。また、妊婦健診の受診状況、家族状況等支援に必要な情報について、関係機関と情報を共有することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名

【添付書類】

　(１)　医療機関が発行する初回受診料の領収書及び診療明細書の原本

(２)　町が世帯の課税状況を確認することができないときは、住民税非課税世帯又はこれと同等の所得水準の世帯に属する者であることを確認できる書類

　(３)　振込先として指定した通帳の写し

【町記入欄】

　　☐非課税世帯又はこれと同等の所得水準世帯　　　☐生活保護受給世帯

　　　　　　　　　確認日：　　年　　月　　日　　　確認者名：

様式第５号(第６条関係)

愛南町指令　　第　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

愛南町長　　　　　　　　印

愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金について、下記のとおり決定するので、愛南町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第10条第３項の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金額 | 円 |