

# 各務原市初回産科受診料支援事業実施要綱

(令和5年8月9日決裁)

## (趣旨)

第1条 この要綱は、妊娠の判定を受けるために初めて産科医療機関を受診する低所得の妊婦の経済的負担の軽減を図るとともに、当該妊婦の状況を継続的に把握し、必要な支援につなげるため、初回産科受診料支援事業（以下「事業」という。）を実施することに関し、必要な事項を定めるものとする。

## (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 初回産科受診 妊娠の判定を受けるため、初めて産科を受診することをいう。
- (2) 初回産科受診料 初回産科受診に係る問診、診察、尿検査、超音波検査に要する費用をいう。

## (事業の内容)

第3条 事業は、初回産科受診により妊娠の判定を受けた者に対し、次に掲げる方法により助成することによって行うものとする。

- (1) 産科医療機関窓口での初回産科受診料の支払金額を減額する方法
- (2) 産科医療機関へ支払った初回産科受診料を償還する方法

2 前項各号の方法により減額又は償還する額（以下「助成金額」という。）は、初回産科受診料相当額とし、一の妊娠につき1万円を限度とする。

3 事業は、1人当たり一年度につき2回まで利用することができる。ただし、市長が特に必要があると認める場合は、必要最小限の範囲内でその回数を超えて利用することができるものとする。

## (事業の委託)

第4条 市長は、前条第1項第1号の方法による助成（以下「受診料助成」という。）を行うときは、受診料助成を実施する産科医療機関（以下「受託医療機関」という。）と委託契約を締結するものとする。

## (受診料助成の申請等)

第5条 受診料助成を受けようとする者は、初回産科受診前に、各務原市初回産科受診料支援事業受診料助成受診券交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、次項に規定する受診券の交付の可否を決定し、各務原市初回産科受診料支援事業受診料助成受診券交付（不交付）通知書（様式第2号）により当該申請者に通知するものとする。
- 3 市長は、前項の規定による交付の決定をしたときは、各務原市初回産科受診料支援事業受診料助成受診券（様式第3号。以下「受診券」という。）を当該申請者に交付するものとする。
- 4 前項の受診券の交付を受け、受託医療機関で初回産科受診をし妊娠の判定を受けた者は、当該受託医療機関に受診券を提出するものとする。
- 5 前項の提出を受けた受託医療機関は、委託契約に基づき初回産科受診料を減額するものとする。

（受診料助成の対象者）

第6条 前条第1項の申請をすることができる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 市販の妊娠検査薬で陽性を確認していること。
- (2) 前条第1項の規定による申請の日（次号において「申請日」という。）時点において、市内に住所を有していること。
- (3) 申請日が属する年度（当該年度の市町村民税が確定していない場合は、前年度）の市町村民税が非課税である世帯に属していること。
- (4) 次に掲げる事項に同意していること。

ア 所得の状況を確認するため、属する世帯の課税状況を市が確認すること。

イ 市と受託医療機関等の関係機関が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診の状況、家庭の状況等を含む。）を共有すること。

2 受診料助成を受けることができる者は、前項各号及び次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 初回産科受診をした日（以下「受診日」という。）時点において、市内に住所を有していること。
- (2) 初回産科受診をし、当該受診において妊娠と判定されていること。

（償還払の申請等）

第7条 第3条第1項第2号の方法による助成（以下「償還払」という。）を受けようとする者は、受診日から3か月以内（この要綱の施行の日前に初回産科受診をしている場合にあつては、当該受診日から8か月以内）に、各務原市初回産科受診料

支援事業償還払申請書（様式第4号）に必要な書類を添付して、市長に提出しなければならない。

2 前項の申請をしようとする者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

（1）初回産科受診をし、当該受診において妊娠と判定されていること。

（2）初回産科受診料を産科医療機関に支払っていること。

（3）受診日及び前項の規定による申請の日時点において、市内に住所を有していること。

（4）受診日の属する年度（当該年度の市町村民税が確定していない場合は、前年度）の市町村民税が非課税である世帯に属していること。

（5）当該妊娠につき受診料助成を利用していないこと。

（6）次に掲げる事項に同意していること。

ア 所得の状況を確認するため、属する世帯の課税状況を市が確認すること。

イ 市と受託医療機関等の関係機関が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診の状況、家庭の状況等を含む。）を共有すること。

3 受診券の交付を受けている者が第1項の規定による申請をする場合は、当該受診券を返還しなければならない。

4 市長は、第1項の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該申請をした者に助成金額を償還するものとする。

（交付決定の取消等）

第8条 市長は、第5条第2項の規定による交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めた場合は、当該決定を取り消すことができる。

（1）不正又は虚偽の申請により交付の決定を受けたとき。

（2）その他事業を利用することが適当でない認められるとき。

2 市長は、前項の規定により交付の決定を取り消された者が既に受診料助成を受けているときは、助成金額の全部又は一部を返還させることができるものとする。

3 市長は、虚偽の申請その他不正の行為等により償還払を受けた者があった場合は、当該償還払をすることとした決定の全部又は一部を取り消し、助成金額の全部又は一部を返還させることができるものとする。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、令和5年9月1日から施行し、同年4月1日以後に初回産科受診を受けた者について適用する。

各務原市初回産科受診料支援事業  
受診料助成受診券交付申請書

（宛先）各務原市長

申請者 住 所  
（受診者）  
氏 名

電話番号

次のとおり、受診料助成受診券の交付を申請します。

ふりがな 対象者氏名			生年月日	年 月 日
住所	各務原市  電話番号			
申請する理由	<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応が出たため			
世帯構成員の 状況	氏名 ※自署	受診者との続柄	生年月日	
税情報確認、 情報提供等に 関する 同意事項	<p>私は、初回産科受診料支援事業の申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。</p> <p>（1）本事業の決定の審査にあたり、市が申請者及び世帯の課税状況について公簿等により調査すること、当該調査により確認ができない場合は市が求める必要書類等を提出すること。</p> <p>（2）市が医療機関等と受診状況等の情報を共有すること。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名（自署）_____</p>			
添付書類	<input type="checkbox"/> 所得課税証明書（世帯全員分） ※1月1日現在、本市に住民登録がない市町村民税非課税世帯の方			

様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

各務原市初回産科受診料支援事業  
受診料助成受診券交付（不交付）通知書

様

各務原市長

年 月 日付けで申請のあった受診券について、交付する（交付しない）  
こととしましたので、各務原市初回産科受診料支援事業実施要綱第 5 条第 2 項の規定  
により通知します。

ふりがな 対象者氏名	
生年月日	年 月 日
住所	各務原市
不交付の場合の理由	

様式第3号（第5条関係）

各務原市初回産科受診料支援事業受診料助成受診券

受診券番号		受診券発行日	年 月 日
ふりがな 対象者氏名		生年月日	年 月 日
住所	各務原市 電話番号		
上記対象者の妊娠判定検査を依頼します。 検査項目等 ①問診及び診察 ②尿検査 ③超音波検査（医療機関の判断により実施） 年 月 日 受診医療機関 様 <div style="text-align: right;">各務原市長</div>			

■受診結果

受診日	年 月 日
検査項目等 ※実施項目に☑を 記入してください	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査（医療機関の判断により実施）
出産予定日	年 月 日
妊娠判定に要した費用	円 ※保険適用外費用
市への請求額 ※受託医療機関のみ記入	円 ※上限 10,000 円
受診医療機関名 医師名	

●受診者の方へ

- この受診券は、初回の妊娠判定に要する保険適用外の費用に対してのみ使用できます（検査の結果、妊娠と判定されなかった場合を除く。）。妊娠判定の受診以外には使用できません。
- 受診の際は、受診券を受託医療機関の窓口へ提出してください。
- 受診日において市内に住所を有していない方は、この受診券は使用できません。
- 助成額は、上限 10,000 円です。受診料が 10,000 円未満の場合はかかった費用が助成額になります。受診料が 10,000 円を超えた場合は、超えた分の費用を受託医療機関の窓口で支払ってください。

○受託医療機関の方へ

- 受診後、上記の受診結果についてご記入いただき、受診日の翌月 10 日までに、請求書に受診券を添えて市へ請求してください。

○受託医療機関以外の方へ

- 各務原市では、検査の結果妊娠と判定された方が、初回の産科受診料（妊娠の判定に要する保険適用外の費用）を支払い、後日、市に申請した場合に、助成を行っています。
- 検査の結果、妊娠と判定された場合は、上記の受診結果についてご記入いただき、受診券を受診者へお返しください。  
また、受診者には、妊娠判定に要した費用が分かる領収書の発行をお願いします。
- 検査の結果、妊娠と判定されなかった場合は、受診券には記入せず、受診券を受診者へお返しください。
- ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ】 各務原市那加桜町 1-69 各務原市 課 TEL :

(宛先) 各務原市長

申請者(受診者) 住所 各務原市

氏名

電話番号

各務原市初回産科受診料支援事業実施要綱第7条第1項の規定により、受診券その他の必要な書類を添えて申請します。

1. 初回産科受診に係る費用

受診年月日	年 月 日
自己負担額(保険適用外費用)	円

2. 助成金の振込先

金融機関名	銀行・金庫 農協	支店名	本店・支店 出張所
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

3. 同意事項 ※事前に受診券の交付を受けた方は、記入の必要はありません。

世帯 構成員 の状況	氏名 ※自署	受診者との 続柄	生年月日	私は、初回産科受診料支援事業の申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。 (1) 本事業の決定の審査にあたり、市が申請者及び世帯の課税状況について公簿等により調査すること、当該調査により確認ができない場合は市が求める必要書類等を提出すること。 (2) 市が医療機関等と受診状況等の情報を共有すること。  申請者氏名(自署)

<注意事項>

- ・申請は、受診日から3か月以内に申請してください。
- ・申請時は、受診券(事前に受診券の交付を受けた方のみ)、母子健康手帳、領収書、診療明細書、振込先が確認できるもの、世帯全員分の所得課税証明書(1月1日現在、本市に住民登録がない市町村民税非課税世帯の方のみ)をご持参ください。
- ・助成額は、初回の産科受診料の費用(妊娠の判定に要する保険適用外の費用)に対して、10,000円を上限として助成します。

市記入欄	対象者の区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他⇒却下 ※基準日は受診日時点		
	添付書類	<input type="checkbox"/> 所得課税証明書(世帯全員分) ※1月1日現在、本市に住民登録がない市町村民税非課税世帯の方		
	助成額	助成対象額	助成限度額	助成額
		円	10,000円	円