

川崎市妊婦健康診査費用助成事業実施要綱

制定 平成21年12月28日 21川市こ家第981号(市長決裁)

(趣旨)

第1条 この要綱は、川崎市妊婦健康診査委託要綱に基づき実施する妊婦健康診査の助成を、里帰り等の理由により健康診査実施機関への委託による方法で実施できない者及び多胎児を妊娠した妊婦等に対し、健康診査費用を助成するために必要な事項を定めるものとする。

(対象となる健康診査)

第2条 助成の対象となる健康診査は、次の各号のいずれかに該当する健康診査とする。

- (1) 里帰り等の理由により、健康診査実施機関への委託による方法で受診せずに、自己負担により受診した妊婦健康診査
- (2) 健康診査実施機関への委託による方法で受診して、健康診査費用が補助券の券面額に満たない場合の妊婦健康診査
- (3) 多胎児を妊娠した妊婦が、交付された補助券の枚数分の回数を超えて受診した妊婦健康診査
- (4) その他市長が認めるもの。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、前条に定める健康診査を受診した日において本市の住民基本台帳に記録又は外国人登録原票に登録されている妊婦とする。

(助成金額)

第4条 助成金額は、第2条に定める健康診査において、保険適用外の健康診査料として現に要した次の各号の費用とし、健康診査の受診日ごとに1回として算出する。

- (1) 交付された補助券の券面金額を上限とした費用

(2) 多胎児を妊娠した妊婦の場合、第1号の費用のほか、5回まで、1回あたり5,000円を上限とした費用

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、原則として、最後に健康診査を受診した日から起算して1年以内に、申請をすることができるものとする。

2 前項の申請においては、川崎市妊婦健康診査費用助成申請書(第1号様式)に、次に掲げる書類を添付して申請するものとする。

(1) 対象となる健康診査についての健康診査実施機関発行の領収書及び診療報酬明細書

(2) 未使用の補助券(複写3枚一式)

(3) 母子健康手帳の写し

(4) 通帳又はキャッシュカードの写し

(5) 前条第1項第2号の費用を申請する場合、使用済みの補助券(本人控)

(6) その他市長が必要と認める書類

3 紛失等により前項第1号、第2号及び第5号の書類の添付ができない場合は、川崎市妊婦健康診査受診証明書(第2号様式)を添付するものとする。

4 助成を受けようとする者が母子健康手帳交付前に流産したことにより、第2項第2号及び第3号の書類の添付ができない場合に限り、同項第2号及び第3号の書類に代えて申立書(第3号様式)を添付するものとする。

(助成の決定)

第6条 市長は前条の規定による申請を受けた場合は、その内容を審査し、助成の可否を決定して、川崎市妊婦健康診査費用助成金交付決定通知書(第4号様式)又は川崎市妊婦健康診査費用助成金不承認決定通知書(第5号様式)により通知するものとする。

2 市長は、助成を決定する場合において必要があると認めるときは、当該決

定に関し必要な事項について申請者に報告を求め、または申請者が受診した健康診査実施機関に照会するものとする。

(助成の方法)

第7条 市長は助成の交付決定を受けた者に対し、助成する金額を助成の決定を受けた者の指定する口座に振り込むことにより助成を行う。

(助成金の返還)

第8条 偽りその他不正の手段により助成を受けた者があるときは、市長は、その者にすでに助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(秘密の保持)

第9条 本事業の関係者は、秘密保持に最大の配慮を払うとともに、本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に利用しないものとする。

(委任)

第10条 本要綱に規定するもののほか、助成事業の実施に関して必要な事項はこども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成22年1月1日から施行し、平成21年4月1日以降に受診した妊婦健康診査について適用する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 旧要綱の規定により調整した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和元年5月30日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年6月7日から施行し、令和3年4月1日以降に受診した妊婦健康診査について適用する。

(経過措置)

- 2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

(宛先) 川崎市長

川崎市妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて妊婦健康診査費用の助成を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 (妊婦健康診査の受診者)

※1~3の太枠内を記入してください。

Form for applicant information including fields for母子健康手帳番号, フリガナ, 申請者氏名, 妊娠期間中の川崎市への転入・転出の有無, 申請者の現住所連絡先, 引越し先の住所, 多胎 (双子・三つ子等) の方のみ記入, and 使用した妊婦健康診査補助券の数.

2. 振込先

Form for bank transfer details including fields for 金融機関名, 支店名, 預金種別, 口座番号, and 口座名義人. Includes a section for 委任 (Authorization) with fields for 受任者 (Recipient) and 委任者 (Applicant).

3. 申請に必要な書類

※郵送する前に提出書類の確認をしてください。.....▶ (確認欄)

Form for required documents including 補助券を利用しなかった妊婦健康診査の費用領収書, 未使用の妊婦健康診査費用補助券, 母子健康手帳 P8~P9 の「妊娠中の経過」の写し, 振込先の口座番号の分かるものの写し, 受診証明書, and 申立書.

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報、妊婦健康診査費用助成事業以外の目的で利用することはありません。
※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。 ★[次頁も必ずご記入ください]★

川崎市受理印 (Official stamp area)

川崎市妊婦健康診査受診証明書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

(健診実施機関の名称等)

所在地

施設名

電話番号

担当者名

印

記名押印又は署名

(電話)

次の妊婦健康診査費用助成申請者が、妊婦健康診査を受診し費用を支払ったことを証明します。

1. 申請者 (申請者記入)

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請者氏名			
申請者の現住所 ・電話番号		☎ ()	

2. 妊婦健康診査受診証明欄

◎補助券を紛失した場合は、補助券を使用した場合や、転院等により複数の機関で妊婦健康診査を受けた場合を含めて、すべての妊婦健康診査の受診日について証明を受けてください。

◎領収書または診療報酬明細書を紛失した場合は、その領収書等の発行日の受診についてのみ証明を受けてください。

	健診受診年月日	領収金額 (保険適用外の妊婦健康診査)	補助券の使用有無	
			無 (全額自費)・有	有の場合の使用補助券
例	21年 12月 1日	10,000 円	無・ 有	8 千円券
1	年 月 日	円	無・有	千円券
2	年 月 日	円	無・有	千円券
3	年 月 日	円	無・有	千円券
4	年 月 日	円	無・有	千円券
5	年 月 日	円	無・有	千円券
6	年 月 日	円	無・有	千円券
7	年 月 日	円	無・有	千円券
8	年 月 日	円	無・有	千円券
9	年 月 日	円	無・有	千円券
10	年 月 日	円	無・有	千円券
11	年 月 日	円	無・有	千円券
12	年 月 日	円	無・有	千円券
13	年 月 日	円	無・有	千円券
14	年 月 日	円	無・有	千円券
多胎用予備欄	15	円	無	
	16	円	無	
	17	円	無	
	18	円	無	
	19	円	無	

(余白となりました欄には、斜線をお願いいたします。)

- (備考) 1. 本証明書は償還払い申請時に、健診機関発行の領収書及び未使用補助券を紛失した場合等に提出が必要となります。
2. 本証明書発行の手数料等が掛かる場合の費用については、申請者の自己負担となります。

(第3号様式)

申立書

母子健康手帳（及び妊婦健康診査費用補助券）の交付前に流産したため、妊婦健診費用の払い戻しの申請に当たり必要書類を添付できないことを申し立てます。

(この申立書は上記以外の理由では使えません)

(健診実施機関記入欄)

次の者に対して、以下のとおり妊婦健診（妊娠判定に関する検査を除く）を実施したことを証明します。

年 月 日

所在地

健診実施機関名

印

記名押印又は署名

担当者名

(電話)

心拍確認日 _____年____月____日

妊婦健診実施日 _____年____月____日 (週数 _____週 _____日)

_____年____月____日 (週数 _____週 _____日)

_____年____月____日 (週数 _____週 _____日)

記入日 _____年____月____日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

様

川崎市長

川崎市妊婦健康診査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった川崎市妊婦健康診査費用の助成について、次のとおり決定し、振り込む手続きをいたしましたので、通知します。

助成することとした金額 金 円

※上記金額は、指定された口座に振り込まれますが、入金されるまで数日かかることがあります。

(助成決定金額の内訳)

補助券種	補助上限額	未使用券	領収書金額 (保険適用外)	助成決定金額	補助券種	補助上限額	未使用券	領収書金額 (保険適用外)	助成決定金額
補助券	21,000 円				補助券	4,000 円			
補助券	8,000 円				補助券	4,000 円			
補助券	8,000 円				補助券	4,000 円			
補助券	8,000 円				補助券	4,000 円			
補助券	6,000 円				補助券	4,000 円			
補助券	6,000 円				補助券	4,000 円			
補助券	4,000 円				補助券	4,000 円			
助成決定金額合計									

【多胎用】

(助成決定金額の内訳)

	補助上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成決定金額
1	5,000 円		
2	5,000 円		
3	5,000 円		
4	5,000 円		
5	5,000 円		
助成決定金額合計			

お問合せ先