

## 川崎市家族計画医療扶助実施要綱

平成 28 年 4 月 1 日付

市長決裁

28 川ここ福第 345 号

### (目的)

第 1 条 この要綱は、子宮内避妊器具を用いた受胎調節に必要な医療を受けた者に対する扶助（以下「家族計画医療扶助」という。）に関して必要な事項を定め、もって家族計画の普及並びに母体の保護及び心身の健康保持を図ることを目的とする。

### (扶助の対象者)

第 2 条 市長は、母体保護上一定期間受胎調節を必要とし、次の各号のいずれかに該当する市内に住所を有する女性に対し、家族計画医療扶助を行う。

- (1) 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による被保護世帯に属するとき。
- (2) 当該年度の市町村民税が非課税又は減免されている世帯に属するとき（当該年度の市町村民税が確定していないときは、前年度の市町村民税とする。）。
- (3) その他前 2 号に準じて市長が特に必要と認めたとき。

### (扶助の内容)

第 3 条 家族計画医療扶助は、次に掲げる事項に要する費用を当該各号に掲げる額の範囲内で支給することにより行う。

- (1) 子宮内避妊器具の装着（診察、検査等を含む。以下同じ。） 48,000 円
- (2) 子宮内避妊器具の除去（診察、検査等を含む。以下同じ。） 16,000 円

### (扶助の申請)

第 4 条 家族計画医療扶助を受けようとする者は、家族計画医療扶助申請書（第 1 号様式）に次に掲げる書類を添えて、居住地を管轄する保健所支所長を経由して市長に申請しなければならない。

- (1) 医師の発行する意見書（第 2 号様式）
- (2) 世帯調書（第 3 号様式）
- (3) 第 2 条各号のいずれかに該当することを明らかにする書類

### (扶助の決定)

第 5 条 市長は、前条の規定による家族計画医療扶助の申請を受けたときは、速やかに、その内容を審査し、扶助の可否を決定する。

- 2 市長は、前条の規定により申請した者（以下「申請者」という。）に家族計画医療扶助を行うことを決定したときは、家族計画医療扶助決定通知書（第 4 号様式）により通知する。
- 3 市長は、申請者に家族計画医療扶助を行わないことを決定したときは、家族計画医療扶助申請却下通知書（第 5 号様式）により通知する。

4 前2項に規定する通知は、申請者の居住地を管轄する保健所支所長を経由して行う。  
(請求)

第6条 前条第2項の規定による通知を受けた者は、通知の内容に基づく医療を受けた後、当該医療に要した費用を明らかにする書類を添えて、医療に要した費用を市長に請求するものとする。

2 前項の規定による請求は、当該医療を行った医療機関に委任することができる。  
(支給)

第7条 市長は、前条の規定による請求を受けたときは、速やかに、第3条の規定に基づき支給すべき額を確定し、支給する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。  
(旧要綱の廃止)

2 川崎市家族計画医療扶助要綱は廃止する。

附 則

この要綱は、平成29年9月28日から施行する。

第1号様式

## 家族計画医療扶助申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申請者 住所  
連絡先

氏名 印

家族計画医療扶助を受けたいので、川崎市家族計画医療扶助実施要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

- 子宮内避妊器具の装着
- 子宮内避妊器具の除去

2 希望する医療機関

所在地

医療機関名

第2号様式

# 意見書

(医師の意見)

川崎市家族計画医療扶助実施要綱に基づく家族計画医療扶助が必要と認めます。

理由等

.....

.....

.....

.....

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印

保健所支所長の意見

年 月 日

川崎市保健所

支所長

印

第3号様式

世帯調書

申請者氏名	生年月日 (昭和・平成 年 月 日生)					年齢 歳
世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	年齢	職業	勤務先
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
		男・女	・	・		
<担当者意見>						
世帯構成員照合済			年	月	日	氏名
						印

第4号様式

## 家族計画医療扶助決定通知書

川崎市指令 第 号  
住所 川崎市  
氏名 様

年 月 日付けで申請のありました家族計画医療扶助について、川崎市家族計画医療扶助実施要綱第5条第2項の規定により、次のとおり通知します。

年 月 日

川崎市 市長 印

1 次の内容を扶助します。

2 医療機関

所在地

医療機関名

第5号様式

## 家族計画医療扶助申請却下通知書

川崎市指令 第 号  
住所 川崎市  
氏名 様

年 月 日付けで申請のありました家族計画医療扶助について、川崎市家族計画医療扶助実施要綱第5条第3項の規定により、次のとおり通知します。

年 月 日

川崎市 市長 印

1 扶助は行いません。

2 理由