

長浜市告示第146号

長浜市初回産科受診料支援事業実施要綱を次のように定める。

令和6年3月26日

長浜市長 浅見 宣義

長浜市初回産科受診料支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、低所得世帯に属する妊婦の経済的な負担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、初回産科受診に要した費用に対する助成について、長浜市補助金等交付規則（平成18年長浜市規則第36号。以下「規則」という。）に規定するもののほか、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「初回産科受診」とは、医療機関において妊娠の判定を行うための初回の診察、検査等（国内で受診したものに限る。）をいう。

(助成対象者)

第3条 助成金の交付対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、市販の妊娠検査薬等で陽性を確認した者のうち、申請日及び初回産科受診日において市の住民基本台帳に登録されている者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 市町村民税（申請日の属する年度の市町村民税をいう。ただし、申請日が4月又は5月の場合は前年度の市町村民税とする。）非課税世帯に属する者
- (2) 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者

2 前項の規定にかかわらず、市長は、特に初回産科受診が必要と認める者を助成対象者とすることができる。

(助成対象受診項目及び助成金の額)

第4条 助成の対象となる受診項目は、妊娠判定に要する問診、内診、尿検査及び超音波検査とする。ただし、超音波検査については、医療機関が必要と判断した場合に限る。

- 2 助成金の額は、受診項目に係る費用の自己負担相当額（医療保険各法の適用を受ける診療に係る費用を除く。）とし、1回の受診につき、1万円を限度とする。
- 3 助成金の対象となる初回産科受診の回数は、1年度につき2回を限度とする。

(交付申請)

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、長浜市初回産科受診券交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書には、第3条第1項各号のいずれかに該当することを証明する書面を添付しなければならない。ただし、公簿等によってその証明すべき事実を確認することができるときは、この限りでない。
- 3 申請者は、次の各号のいずれにも同意しなければならない。

(1) 助成対象者であることを確認するため、市が申請者の属する世帯の市町村民税課税状況及び生活保護受給状況を確認すること。

(2) この事業の適切な実施のため、この事業及び妊産婦健康診査に係る医療機関その他関係機関と市が必要な情報を確認又は共有すること。

(助成の決定等)

第6条 市長は、前条第1項の規定による申請があった場合、その内容を審査し、適当と認めるときは、長浜市初回産科受診券（様式第2号。以下「受診券」という。）を交付するものとする。また、不適当と認めるときは、長浜市初回産科受診料支援に係る受診券（助成金）不交付決定通知書（様式第3号）をもって、申請者に通知するものとする。

(受診)

第7条 前条の規定により助成の決定を受けた者（次項において「受診者」という。）は、この事業の実施に関して市に協力する医療機関（以下「協力医療機関」という。）に、受診券を提出し、受診するものとする。

2 受診者は、協力医療機関に受診券を提出し、助成金の請求及び受領を協力医療機関に委任することにより、当該助成金の額を限度とする範囲で第4条第2項の自己負担相当額を負担しないことができるものとする。

(受領委任払の支払方法)

第8条 協力医療機関は、診療を実施した月ごとに長浜市初回産科受診料助成金請求書（医療機関用）（様式第4号）に受診券を添えて、翌月の10日までに市長に請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があった場合、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該請求金額を支払うものとする。

(助成の特例)

第9条 第5条第1項及び第6条の規定にかかわらず、市長は、受診券の交付を受けずに又は受診券を提出せずに受診した助成対象者が、助成対象経費（第4条第1項及び第2項の規定による受診項目に係る費用の自己負担相当額をいう。第13条において同じ。）を支払っている場合、当該助成対象者に対して助成をすることができる。

2 前項の規定による助成を受けようとする者は、長浜市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書（様式第5号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出（以下この条において「特例申請」という。）しなければならない。

(1) 領収書及び診療明細書

(2) 妊娠判定結果を証する書類

(3) 第3条第1項各号のいずれかに該当することを証明する書面。ただし、公簿等によってその証明すべき事実を確認することができるときは、この限りでない。

3 第5条第3項の規定は、特例申請について準用する。

4 特例申請の期限は、受診日の属する年度の末日までとする。ただし、当該年度の3月に受診した場合は、翌年度の4月15日までとする。

(償還払の支払方法)

第10条 前条第1項の規定による助成は、当該助成対象者が指定する金融機関の口座に振り込む方法により行うものとする。

(交付決定の取消し及び不当利得の返還)

第11条 市長は、助成金の交付を受けた者が偽りその他不正な行為により助成金の交付を受けたと認めるときは、当該助成金の交付決定の全部又は一部を取り消し、支給した助成金の返還を求めるものとする。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第12条 助成金の交付を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(端数計算)

第13条 規則第20条の3第6項の規定により市長が別に定める補助金等の額の端数金額の計算方法については、助成対象経費の合計額若しくは助成金の確定額に1,000円未満の端数があるとき、又はその全額が1,000円未満であるときは、その端数金額又はその全額を切り捨てないものとする。

(手続の併合等)

第14条 第5条から第8条までの規定による助成にあつては、規則第20条の2の規定に基づき、規則第14条及び第15条の手続を省略する。

2 第9条の規定による助成にあつては、規則第20条の2の規定に基づき、規則第4条及び第17条の手続を併合し、規則第14条及び第15条の手続を省略する。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日等)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行し、同日以後の初回産科受診分から適用する。

(告示の失効)

2 この要綱は、令和9年3月31日限り、その効力を失う。ただし、第11条の規定については、同日後もなおその効力を有する。

長浜市初回産科受診券交付申請書

長浜市長 あて

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

長浜市初回産科受診料支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、受診券交付の審査のため、必要な範囲で、私の住民基本台帳、世帯構成員の市町村民税課税状況、生活保護受給状況及び医療機関等の受診状況に関する情報等について調査、照会及び閲覧されることに同意します。

1 申請者

氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
申請理由	<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応がでたため（必須） <input type="checkbox"/> その他
課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯

2 受診予定医療機関

受診予定日	年 月 日
受診医療機関	

申請必要書類

- 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）
- 世帯全員分の所得課税証明書（1月1日時点で長浜市に住民登録がない場合）

長浜市初回産科受診券

長 浜 市 長

- 1 この受診券は、外来受診時に使用できます。
- 2 この受診券は、産科受診料支援を実施した場合に費用を助成するものです。
- 3 この受診券は、長浜市に住民登録のある方が協力医療機関で使用できます。市外へ転出した場合は使用できません。
- 4 受診結果は、協力医療機関から長浜市へ送付されます。

交付番号	第 号	交付日	年 月 日
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	長浜市		
連絡先	電話番号		

<医療機関記入欄>

受診日	年 月 日	妊娠週数(妊娠時)	週
検査内容	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> 超音波検査（エコー） <input type="checkbox"/> その他 ()	結 果	<input type="checkbox"/> 正常妊娠 出産予定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 異常妊娠（疑い含む。） ※状態、病名等 () <input type="checkbox"/> 妊娠なし（陰性）
(判定に要した金額)		(請求金額) ※上限 10,000 円	
円		円	
産科受診の結果は上記のとおりです。			
年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師名			

※医療機関の方へ

この受診券は、請求書と併せて長浜市へ提出してください。

受診券の上限額は 10,000 円です。上限額を超えた場合は、受診者の自己負担となります。

様式第3号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

長浜市長

長浜市初回産科受診料支援に係る受診券（助成金）不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった長浜市初回産科受診券の交付について、
下記の理由で不交付と決定したので、通知します。

記

不交付とした理由

様式第4号（第8条関係）

長浜市初回産科受診料助成金請求書（医療機関用）

年 月 日

長浜市長 あて

医療機関名
所在地
代表者氏名

年 月分について長浜市初回産科受診料支援事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

請求金額 _____ 円

（内 訳）

受診人数	請求金額
人	円

※受診者の受診結果、個別の請求額については、添付の長浜市初回産科受診券のとおりです。
※1人当たりの請求金額の上限は10,000円です。

振込先

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 信用組合 ・ 労働金庫							
店名	本店／代理店 支店／支所 出張所							
口座種別・番号	普通	当座						
口座名義	フリガナ							
	氏名							

長浜市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

長浜市長 あて

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

長浜市初回産科受診料支援事業実施要綱第 9 条の規定により、関係書類を添えて申請し、及び請求します。なお、助成金交付の審査のため、必要な範囲で、私の住民基本台帳、世帯構成員の市町村民税課税状況、生活保護受給状況及び医療機関等の受診状況に関する情報等について調査、照会及び閲覧されることに同意します。

1 申請者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
申請理由	<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応がでたため（必須） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

2 受診状況

受診日	年 月 日	受診医療機関	
検査内容	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査（エコー）	結 果	<input type="checkbox"/> 妊娠（ ）週 予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療機関への支払額			円

3 申請額

助 成 金 額	金 額 円
---------	-------

※ただし、上限 10,000 円までとする。

4 振込先

振込先	金融機関名	種別	口座番号	ふりがな 口座名義人
	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫 ----- 本店／代理店 支店／支所 出張所	普通 当座		

（必要書類）

- ・初回産科受診費用（妊娠判定に要した費用）の領収書及び診療明細書 ・妊娠判定結果を証する書類
- ・その他市長が必要と認める書類（振込先が確認できる書類、住民登録が 1 月 1 日時点で市外にある場合は課税状況証明書）