長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用の助成に関する要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、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、初回産科受診料の助成をすることに関し、必要な事項を定めるものとする。

（対象者）

第２条　助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、初回産科受診日に市内に住所を有し、住民税非課税世帯又は同等の所得水準にある世帯に属する妊婦であって、かつ、次に掲げる事項に同意するものとする。ただし、本市以外の地方公共団体その他の公共団体において、初回産科受診に要した費用の全部又は一部について助成を受けている者は、助成金の交付対象者としない。

⑴　所得判定のため、市が世帯及び世帯の課税状況を確認すること。

⑵　市が世帯の課税状況を確認できない場合は、住民税非課税世帯又は同等の所得水準であることを確認できる書類を市に提出すること。

⑶　妊婦健康診査を受診した医療機関等の関係機関と市が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の受診状況の確認、家庭の状況等を含む。）を共有すること。

（対象となる受診項目及び助成金の額）

第３条　助成の対象受診項目等は、次に掲げる事項に係る費用とする。

⑴　医療機関において医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用されない妊娠判定に要する問診及び診察、超音波検査、尿検査及びその他医療機関が必要と判断した検査

⑵　妊娠届出書又は本申請に必要な診断書

２　助成金の額は、初回産科受診に要した前項に係る費用の自己負担相当額とし、１回の妊娠判定につき 10,000 円を上限とする。

（助成の回数）

第４条　１回の妊娠につき利用できる助成は１回を限度とする。

（助成金の交付申請及び期限）

第５条　助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金申請書兼請求書（様式第１号）に次に掲げる書類を添付して、初回産科受診をした日の属する月の翌月から起算して６か月以内に市長に提出しなければならない。

⑴　初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書その他の当該初回産科受診に要した費用の額が確認できる書類

⑵　対象者及びその世帯に属する者の市町村民税の課税状況（４月から６月までに申請の場合は前年度、７月から３月までに申請の場合は当該年度）を証する書類（市長が本人の同意を得て、証明すべき課税状況を公簿等で確認することができる場合を除く。）又は住民税非課税世帯と所得水準が同等と確認できる書類

（助成金の交付決定）

第６条　市長は、前条の規定により申請があったときは、その内容を審査して助成の可否を決定する。

２　市長は、前項の規定による交付決定を行ったときは、長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付決定通知書（様式第２号）により申請者に通知するとともに、助成金を支給するものとする。

３　市長は、第１項の規定により不交付の決定をしたときは、長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金不交付決定通知書（様式第３号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の返還）

第７条　市長は、偽りその他不正の手段により助成金の決定及び交付を受けた場合においては、その決定を取り消し、又は既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第８条　この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附　則

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

様式第１号（第５条関係）

長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

長久手市長　様

申請者兼請求者　住所

氏名

電話番号

同意事項を確認し、必要書類を添えて長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用の助成を申請及び請求します。なお、長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用の助成に関する要綱を遵守します。

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">※申請者と同一の場合は記載不要</td></tr>
<tr><td rowspan="6">世帯構成</td><td colspan="2">氏名</td><td colspan="2">生年月日</td><td>続柄（対象者との続柄）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">緊急連絡先</td><td colspan="4">氏名　　（対象者との続柄）
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">受診医療機関</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受診日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成金交付申請額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成決定金額</td><td colspan="4">（市記入欄）　　円</td></tr>
</table>

同意事項（□に✓を入れてください）

助成金の申請にあたり、以下の事項について同意します。

□　本申請により市が入手する個人情報に関し、本助成金の目的の範囲内で利用されることを了承すること。

□　本事業の利用審査のため、市が住民登録情報、住民税課税情報について、関係機関に照会（マイナンバー情報連携を含む。）又は関係機関の保有する情報を閲覧すること。

□　妊娠期から育児期までの間に市から必要な支援を受けることに同意すること。

□　支援に必要な情報を産科医療機関等と共有すること及び健康状態等について、産科医療機関等から市に情報提供することに同意すること。

□　他の地方公共団体から同種同様の助成金を受けていないこと。

□　偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は助成金を返還すること。

同意事項の内容に相違ありません。

記入日　　年　　月　　日

署名（対象者）

<table>
<tr><td rowspan="5">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2">本店・支店名</td><td>種別</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td>□普通・□当座</td></tr>
<tr><td colspan="2">口座番号</td><td rowspan="2">口座名義人</td><td>（フリガナ）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">※口座名義人が申請者と異なる場合　　続柄　（　　）</td></tr>
</table>

添付書類

・妊娠の判定を受け、その実費を支払った事実、その額を証明できる書類の原本（領収書等で受診者氏名、受診年月日、検査項目、金額及び医療機関名が記載されたもの）。原本を返却希望の場合は写しと原本を提出してください。

・住民登録が申請年の１月１日時点（１月～６月の申請の場合は前年の１月１日時点）で長久手市以外にある場合、世帯全員の住民税課税状況を記載した証明書

様式第２号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

長久手市長

長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金について、下記金額を助成することを決定したので通知します。

記

円

様式第３号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

長久手市長

長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金不交付決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった長久手市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金について、不交付としたので通知します。

不交付とした理由