

藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成要綱

令和6年3月1日施行

(趣旨)

第1条 この要綱は、低所得の妊婦について、経済的負担の軽減を図るとともに、状況を継続的に把握し、必要な支援につなげ、母体と胎児の健康の保持及び増進に資することを目的として、初回産科受診料に対する助成金を交付するために必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 助成の対象者（以下「対象者」という。）は、妊娠検査薬で陽性を確認し、産科医療機関において妊娠の判定を受け、初回産科受診日時点で住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定によりこの市の住民基本台帳に記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) 初回産科受診日時点で住民税非課税世帯（初回産科受診日の住民税が確定していない場合は、前年度の課税状況による）に属する者又はこれと同等の所得水準であると市長が認める者
- (2) 初回産科受診日時点で生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯（以下「生活保護受給世帯」という。）に属する者

(助成対象費用及び助成限度額)

第3条 助成対象となる費用は、対象者が産科医療機関において初回産科受診日に行った妊娠判定に要する問診及び診察、検査等に係る費用（以下「妊娠判定費用」という。）とする。

- 2 助成限度額は、前項に規定する妊娠判定費用の自己負担相当額とし、1回の妊娠判定につき10,000円を限度とする。

(助成回数)

第4条 同一の対象者に対する妊娠判定費用に係る助成は、同一年度につき2回を限度とする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書兼請求書（第1号様式）に次に掲げる1から4の書類、その他必要な書類を市長に提出しなければならない。

- (1) 医療機関発行の領収書の写し
 - (2) 助成を受けようとする者の本人確認書類の写し
 - (3) 口座情報を確認できる書類の写し
 - (4) 母子健康手帳の写し
 - (5) 生活保護受給世帯に属している場合は、生活保護受給証明書原本
 - (6) 世帯の課税状況がわかる書類
- 2 市長は、前項第6号に掲げる書類により証明される事項を公簿等により確認することができる場合は、当該書類の添付を省略させることができる。
- 3 第1項に規定する申請の期限は、初回産科受診日の翌日から起算して6か月以内とする。ただし、災害その他のやむを得ない事情があると市長が認めるときは、この限りでない。

(助成の交付決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときには、藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成交付決定通知書（第2号様式）により通知し、助成が不適当と認めるときは、藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成不交付決定通知書（第3号様式）により申請した者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第7条 前条の規定による助成の決定から起算して30日以内に助成金を交付する。

(助成決定の取消し)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により助成決定を受けた者があるときは、助成決定の全部または一部を取り消すことができる。

(助成金の返還)

第9条 市長は、前条の規定により助成決定を取り消した場合において、既にその取り消しに係る部分の助成金が交付されているときは、期限を定めて返還を命じるものとする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和6年3月1日から施行し、令和5年7月1日以降に受診した初回産科受診料について適用する。

(検討)

- 2 市長は、この要綱の施行状況について 令和8年3月31日までに検討を加え、その結果について必要な措置を講ずるものとする。

第1号様式（第5条関係）

藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

藤沢市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請・請求します。
交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。
口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。
なお、助成金の交付に関して次の内容に同意します。

- ・市が世帯の課税状況を確認すること
- ・市が妊産婦健康診査を受けた医療機関等の関係機関と、支援に必要な情報（氏名・住所・身体状況・生活状況等）を共有すること
- ・保健師等による面談を行うこと

申請者・請求者

ふりがな				生年月日	年 月 日		
氏 名					年 月 日		
現住所	〒			電話番号	() ※平日の日中に連絡が取れる番号(携帯電話などを記入してください)		
受診時の住所	☐ 現住所と同じ 〒						
世帯の状況	世帯構成員氏名	申請者との続柄	生年月日		※産科受診時の世帯について記載してください		
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
産科受診日	年 月 日		受診医療機関				
支払済額(A)		助成限度額(B)		申請額・請求額 (A・Bのうち少ない額)			
円		10.000円		円			

助成金振込先口座

金融機関	銀行 農業協同組合 信用金庫 () 店番号 []	本店 支店	種目	普通 当座	番号							
ふりがな				請求者からみた 口座名義人の続柄		☐ 本人 ☐ 本人以外 ()						
口座名義												

市事務処理欄

申請受領年月日	(交付・不交付) 決定年月日	交付決定額	区分
. .	. .	☐ ☐ 申請額のとおり ☐ 10.000円	☐ 非課税 ☐ 生保
添付書類 ☐ 領収書の写し ☐ 口座情報確認書類の写し ☐ 課税状況を記載した証明書 ☐ 母子健康手帳の写し(手帳No.) ☐ 生活保護受給証明書 ☐ 本人確認書類の写し(マイナンバーカード・運転免許書・その他())			
備考			

第2号様式（第6条関係）

年（ 年） 月 日

様

藤沢市長

藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成交付決定通知書

年（ 年） 月 日に受け付けた、低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成について、次のとおり交付を決定しましたので、藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成要綱第6条に基づき通知します。

1 対象者氏名

2 交付決定額

3 振込予定日 年（ 年） 月 日

第3号様式（第6条関係）

年（ 年） 月 日

様

藤沢市長

藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成不交付決定通知書

年（ 年） 月 日に受け付けた、低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成について、次の理由のとおり不交付と決定しましたので、藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成要綱第6条に基づき通知します。

1 対象者氏名

2 理由