

令和6年度 妊産婦健康診査費用補助金交付について

愛知県外の医療機関、又は助産院で妊産婦健康診査を受ける方を対象に、健康診査にかかった費用の一部を補助しています。申請内容を確認させていただくため手続きにはお時間がかかります。時間に余裕をもってお越しください。下記の要領で、健康推進課に申請してください。

| | |
|---------|---|
| 対象者 | 健診受診日に、弥富市に住民票のある妊産婦で、愛知県外の医療機関又は助産院で妊産婦健康診査を受けた方 |
| 対象となる健診 | 以下の健診のうち、各受診票の裏面に記載のある健診項目 ① 妊婦健診（第1～14回、子宮がん検診） ② 産婦健診（1回） ③ 多胎妊婦健診（5回） ※助産院では、妊婦健診の第4、8、10、12回は利用できません ※妊産婦歯科健診・乳児健診は補助の対象ではありません |
| 対象となる期間 | 令和6年3月1日（金）～令和7年2月28日（金）に受診した健診分 |
| 申請期限 | 令和7年3月19日（水）まで ※ただし対象となる健診の受診後、速やかにまとめて申請してください。 ※里帰り出産等で、申請期限に間に合わない場合は事前にご相談ください。 |
| 申請の流れ | ① 妊産婦健診を受診・支払い ：愛知県外の医療機関又は助産院に、妊婦（産婦・多胎）健康診査受診票を提出し、受診されたら、料金は全額自己負担で支払います。 <u>受診票の裏面は、受診先で記入してもらい返却してもらってください。</u> ② 補助金申請 ：下記必要書類に記入し、健康推進課に申請してください。 郵送でも可能ですが、書類に不備がある場合は再度郵送または来所していただく必要があります。 ③ 補助金交付決定 ：対象となる健診費用（検査項目）から、 <u>限度額の範囲内</u> で交付金額を決定し、『妊産婦健康診査費用補助金交付決定通知書』が通知されます。 ④ 補助金交付 ：指定された口座（ 妊婦本人のものに限る ）に振り込まれます。 ※申請から振り込みまで2か月ほどかかります。 |
| 必要書類 | ① 妊婦（産婦・多胎）健康診査受診票【健診ごとに1枚】 ② 受診先で発行された領収証と診療明細書の原本【健診ごとに一式】 ③ 妊産婦健康診査費用補助金交付申請書（第1号様式） ④ 妊産婦健康診査費用補助金交付請求書（第3号様式） ※①③④は、裏面の記入方法をよく読んで、ご記入ください。 ⑤ 本人確認ができるもの（運転免許証、マイナンバーカード等） ⑥ 振込先口座番号が確認できるもの（通帳またはカード） |

<問い合わせ・申請先> ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

弥富市健康推進課（保健センター） 母子保健担当

〒498-8501 愛知県弥富市前ヶ須町南本田 335 TEL 0567-65-1111（内線 316）

《記入方法》

①妊婦（産婦・多胎）健診受診票

表面：ご本人で氏名、生年月日、住所等を記入してください。

裏面：医療機関又は助産院に提出し、必ず結果を記入してもらってください。
未記入の場合、補助金を交付できません。

③妊産婦健康診査費用補助金交付申請書（第1号様式）

記入例

第1号様式（第4条関係）

妊産婦健康診査費用補助金交付申請書

R4年5月1日

↑申請した日を記入してください

(宛先) 弥富市長

住所 〒498-8501
弥富市前ヶ須町南本田335

申請者 氏名 弥富 花子
電話番号 090-1234-5678

下記のとおり妊産婦健康診査を受けましたので、補助金を交付し、健康診査費用補助金交付要綱第4条の規定により申請します。

受診券を使用した日（受診日）※各受診票の裏に記載あり

領収書に書いてある合計金額※ただし、補助対象となるのは、受診票の裏面にある健診内容のみです

| 申請内容 | 健診回数 | 受診日 | 健診費用（領収書の金額） |
|--------|---------|----------|--------------|
| 第1回 | 子宮頸がん | R4年4月1日 | 20,000円 |
| | 第2回 | R4年4月1日 | 3,500円 |
| | 第3回 | R4年5月10日 | 5,000円 |
| | 第4回 | R4年6月5日 | 5,000円 |
| | 第5回 | 年月日 | 円 |
| | 第6回 | 年月日 | 円 |
| | 第7回 | 年月日 | 円 |
| | 第8回 | 年月日 | 円 |
| | 第9回 | 年月日 | 円 |
| | 第10回 | 年月日 | 円 |
| 産婦健康診査 | 多胎妊婦健診1 | 年月日 | 円 |
| | 多胎妊婦健診2 | 年月日 | 円 |
| | 多胎妊婦健診3 | 年月日 | 円 |
| | 多胎妊婦健診4 | 年月日 | 円 |
| | 多胎妊婦健診5 | 年月日 | 円 |
| 計 | | | 33,500円 |

④妊産婦健康診査費用補助金交付請求書（第3号様式）

訂正印による訂正はできません。
記入間違いの場合は、新しい用紙に書き直してください。

記入例

記入しない
年 月 日

記入しない

ゆうちょ銀行の場合は、支店番号(漢数字3桁)を記入してください

妊婦本人名義の振込口座
本人以外の名義は不可