

只見町妊婦及び乳児健康診査助成事業実施要綱

平成25年4月1日只見町訓令第25号

(目的)

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第13条の規定に基づき妊婦及び乳児の健康診査（以下「健康診査」という。）の実施に関して必要な事項を定め、疾病又は異常の早期発見と早期措置を図るとともに、安全な妊娠・出産を支援し母性の健康保持増進を期することを目的とする。

(健康診査対象者)

第2条 健康診査の対象者は、受診日において町内に住所を有する妊婦及び乳児とする。

(受診票の交付)

第3条 健康診査を受けようとする者は、妊娠届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の妊娠届の提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは必要な受診票を交付するものとする。

3 受診票の再交付は原則行わない。ただし、町長がやむを得ない事情と認められる場合には、只見町妊婦及び乳児健康診査受診票再交付申請書（様式第2号）により再交付することができる。

(健診実施機関及び受診)

第4条 健康診査の実施機関は、産科を標榜する病院、診療所及び助産所（以下「医療機関」という。）とする。

(健康審査の項目及び実施回数、金額)

第5条 健康診査の助成対象となる項目及び実施回数並びに金額は、別表1のとおりとする。

(助成内容等)

第6条 町が委託契約を締結した医療機関以外で妊婦健康診査を受診した者及び1か月健診を受診した者で助成金の交付を受けようとする者は、受診日から起算して1年以内に只見町妊婦及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書（様式第3号）に、次に掲げる書類を添付し町長に提出するものとする。

(1) 医療機関等が発行した健康診査費領収書又は領収書の写し

(2) 母子健康手帳の写し

(3) その他町長が特に必要と認める書類

2 町長は前項の申請があったときは、当該申請の内容を審査の上、助成することが適当と認めるときは、只見町妊婦及び乳児健康診査費助成金交付決定（却下）通知書（様式第4号）により申請者に通知するとともに、当該請求に係る支払を決定したときは、速やかに支払うものとする。

(助成金の返還)

第7条 町長は、虚偽その他不正な手段により助成を受けた者に対し、助成の決定を取り消し、又は助成した金銭の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、交付の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

(只見町妊婦健康診査実施要綱の廃止)

2 只見町妊婦健康診査実施要綱（平成20年只見町訓令第11号）は廃止する。

別表1 (第5条関係)

項目	内容	回数	助成金額
妊婦一般健康診査 ア (妊娠前期) (12 週前後)	<ul style="list-style-type: none"> ・問診及び診察 ・血圧、体重測定 ・尿化学検査 ・貧血検査 ・免疫血液学的検査 ・B 型肝炎抗原検査 ・C 型肝炎抗体検査 ・HIV 抗体検査 ・子宮頸がん検査 ・梅毒血清反応検査 ・胎児心音確認 ・保健指導 ・不規則抗体価検査 ・血糖検査(グルコース) ・風しん抗体価検査 ・超音波検査 ・その他受診票に記載の検査 	1 回	社団法人福島県医師会と妊婦健康診査の実施に関して締結する委託契約額を上限とし実費
妊婦一般健康診査 イ (妊娠後期) (30 週前後)	<ul style="list-style-type: none"> ・問診及び診察 ・血圧、体重測定 ・尿化学検査 ・貧血検査 ・超音波検査 ・胎児心音確認 ・保健指導 ・血糖検査 (グルコース) ・クラミジア検査 ・ヒト白血球ウイルス I 型検査 ・B 群血液連鎖球菌 ・その他受診票に記載の検査 	1 回	
妊娠一般健康診査上 ア、イ以外の健診	<ul style="list-style-type: none"> ・問診及び診察 ・血圧、体重測定 ・尿化学検査 ・胎児心音確認 ・保健指導 ・その他受診票に記載の検査 	13 回	
妊婦精密健康診査	妊娠高血圧症候群等妊娠又は出産に直接支障を及ぼす疑いのある妊婦の精密健康診査	1 回	
1 か月健診	産婦及び乳児の健康調査全般	1 回	上限を 5,000 円とし実費

妊 娠 届 出 書

*は窓口記載欄

●太枠内の該当するところに記入してください。

届出日		年 月 日		*外国語版()語	*多胎(双子以上)
フリガナ				*交付番号	(01、02、03、04)
妊婦氏名		生年月日 年 月 日	年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業
フリガナ				昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業
子の父 氏 名		生年月日 年 月 日	年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業
居住地	〒 ー 只見町大字			電話番号 携 帯	() - () -
妊娠週数 (月数)	(第 週 ヵ月)		分娩予定日	年 月 日	
今回の 妊 娠	() 回目			第 () 子	
妊娠の 診 断	医療機関		分娩予定場所		
	医師名又は 助産師名		里帰りの予定	無 ・ 有	
里帰り時 の滞在先	住 所	〒 ー 電話番号 (- -)			
健康診断	梅 毒	今回の妊娠で (受ける ・ 受けない)			
	B型肝炎	今回の妊娠で (受ける ・ 受けない)			
	結 核	今回の妊娠で (受ける ・ 受けない)			
	今までの病気 無 ・ 有	例：高血圧、糖尿病、貧血、心臓病、慢性腎炎、子宮筋腫 等			
上記のとおり届けます。 只見町長 平成 年 月 日 届出人氏名 _____ 印 妊婦との続柄 (_____)					

只見町長

申請者
住所
氏名

印

只見町妊婦及び乳児健康診査受診票再交付申請書

只見町妊婦及び乳児健康診査受診票の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

住 所	只見町大字		
	電話番号 () ー		
カガナ		妊娠週数及び 出産予定日	週 年 月 日出産予定
妊婦氏名			
生年月日	年 月 日生 () 歳		
交付を希望 する受診票 (該当に○)	1 全部受診 (交付番号)		
	2 一部受診 (交付番号) (1)前期健診 (2)後期健診 (3)その他の期 (3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15)		
申請理由			
所持する母子 健康手帳	交付市町村名		
	交付年月日	年 月 日	
摘要			

只見町長

只見町妊婦及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

妊婦及び乳児一般健康診査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
申請者氏名		印			
申請者住所		〒 ー 只見町大字 電話番号 () ー			
受診者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
	保護者氏名 (乳児の場合)				
医療機関	名称				
	所在地	電話番号 () ー			
助成申請内容	妊	健康診査の内容	受診年月日	支払い金額	決定額
	妊婦	1回目 (前期)	年 月 日	円	円
		2回目 (後期)	年 月 日		
		3回目	年 月 日		
		4回目	年 月 日		
		5回目	年 月 日		
		6回目	年 月 日		
		7回目	年 月 日		
		8回目	年 月 日		
		9回目	年 月 日		
		10回目	年 月 日		
		11回目	年 月 日		
		12回目	年 月 日		
		13回目	年 月 日		
		14回目	年 月 日		
		15回目	年 月 日		
	1か月健診	年 月 日			
	合計			(ア) 円	(イ) 円
	(ア)と(イ)のうち少ない額				① 円
	乳児	1か月健診	年 月 日	円	円
合計			(ウ) 円	(エ) 円	
(ウ)と(エ)のうち少ない額				② 円	
助成決定額 (①+②)				円	
振込先	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人	
銀行 農協	本店	普通		フリガナ	
	支店 出張所	当座			

※太枠内は記入しないでください。

※ 健康診査に係る領収書 (検査項目の明細が分かるもの) 及び母子健康手帳の写しを添付してください。

年 月 日

様

只見町長

只見町妊婦及び乳児健康診査費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました只見町妊婦及び乳児健康診査助成金については、下記のとおり決定（却下）しましたので通知します。

記

申請者	住 所	只見町大字	
	氏 名		
支 給	す る	支 給 金 額	円
	し ない	不支給の理由	