

## 船橋市特定妊婦等に対する産科受診等支援事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、妊娠の可能性があるが経済的困窮等により産科医療機関への初回受診が困難であるなどの特定妊婦等に対し、初回産科受診料（以下「受診料」という。）の助成等を含む産科医療機関受診等の支援や妊婦訪問等を実施することにより、早期に支援につなげることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において「特定妊婦等」とは、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦をいう。

### (対象者)

第3条 本事業の対象者は、市内に住所を有する特定妊婦等として、次の各号のすべてに該当する者とする。

- (1) 妊娠の可能性があり、産科医療機関への受診を希望する者。
- (2) 産科医療機関による妊娠の確認がされていない者で、経済困窮等で産科医療機関受診が困難と認められる者。

### (支援内容)

第4条 市長は、次の各号に掲げる支援を必要に応じて一体的に実施するものとする。

- (1) 妊娠の確認のため妊娠検査薬を提供すること。
- (2) 市長が委託した医療機関（以下「委託医療機関」という。）の受診に職員が同行すること。
- (3) 受診料を助成（以下「受診料支援」という。）すること。

### (申請方法)

第5条 産科受診等支援を受けようとする者は、船橋市産科受診等支援受診票交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

### (支援の決定)

第6条 市長は前条の規定による申請を受けたときは、速やかにその内容を審査し、船橋市産科受診等支援受診票（様式第2号）（以下「受診票」という。）を申請者に交付するものとする。

2 市長は、産科受診等支援を実施しない場合は、船橋市産科受診等支援受診票不交付決

定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

（支援方法）

第7条 市長は、前条の規定による審査の結果、産科受診等支援を行うことを決定したときは、速やかに委託医療機関と受診日時について調整するものとする。ただし、やむを得ない事情がある時は、この限りではない。

2 前項により調整した委託医療機関を申請者が受診をする際には、職員が同行するものとする。

3 受診料支援は、委託医療機関の受診料に対して、10,000円を上限に支給することにより行う。受診料は、市販の妊娠検査薬を用いて妊娠の確認を行ったうえで、委託医療機関において実施した妊娠の判定に要する費用（診察検査料等を含む）を対象とする。ただし、明らかに妊娠していると判断できる場合は、市販の妊娠検査薬による確認を要しないものとする。なお、第1項の決定なく対象者が受診した場合については対象外とする。

（費用の請求等）

第8条 委託医療機関は、産科受診等支援を実施した場合において、これに要した費用として、船橋市特定妊婦等に対する産科受診等支援事業請求書（様式第4号）により受診票を添えて7日以内に市長に請求するものとする。

（その他）

第9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

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号

船橋市産科受診等支援受診票交付申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住 所  
申請者 氏 名  
対象者との関係（続柄）  
電話番号

次のとおり、船橋市産科受診等支援受診票の交付を申請します。

対 象 者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏 名		月日	( 歳)
	住 所			
	電 話			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 妊娠判定のために医療機関を受診するための費用がない 理由： <input type="checkbox"/> 学生等 <input type="checkbox"/> 無収入・低収入 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 妊娠判定のために一度も医療機関を受診していない		
緊 急 連 絡 先	氏 名	対象者との関係：		
	住 所			
	電 話			

同意事項 ※各項目チェック欄（）に✓を入れてください。

- 医療機関の受診において船橋市職員が同行することに同意します。  
対象者の所得状況や市町村民税の課税状況について確認することに同意します。  
妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と船橋市が情報共有を行うことに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

受付場所	受付日	担当者

船橋市産科受診等支援受診票

次の者の産科受診等支援を依頼します。

様

船 橋 市 長

交付番号		交 付 日	年 月 日
ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
住 所			
電 話 番 号			

<委託医療機関記入欄>

実 施 日	年 月 日	妊 娠 週 数 (妊 娠 時)	週
実 施 の 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 (エコー) <input type="checkbox"/> その他 ( )	実 施 の 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 (連絡事項欄に記載) <input type="checkbox"/> 妊娠なし (陰性)
	(連絡事項等)		
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あわせて市へ提出してください。

第3号様式

第 年 月 日 号

様

船橋市長

船橋市産科受診等支援受診票不交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました、船橋市産科受診等支援受診票交付について、次の理由により不交付としましたので通知します。

不交付の理由

--

第4号様式

船橋市特定妊婦等に対する産科受診等支援事業請求書

年 月 日

船橋市長あて

(※契約書の受注者と同じ記載とご印鑑をお願いします)

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

印

船橋市特定妊婦等に対する産科受診等支援事業を実施しましたので請求します。

記

1. 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2. 受診者名 \_\_\_\_\_

<実施機関の方々へ>

※船橋市産科受診等支接受診票をこの請求書に添付し、速やかに市へ提出してください。

船橋市使用欄 (※記入不要です)	
相手方番号	