

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱

(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、初回の産科受診料支援について必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 本事業の対象者は、申請日及び受診日において市内に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

さらに、所得の状況を確認するため、市が世帯の課税状況を確認することに同意すること、及び妊婦健康診査を受託する医療機関等の関係機関と市が必要に応じて当該者に対する支援に必要な情報（妊婦健康診査の受診状況や家庭の状況等を含む。）を共有することに同意することを条件とする。

- (1) 市民税非課税世帯または同等の所得水準に属する者
- (2) 生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する被保護世帯に属する者
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める者

(助成額)

第3条 助成の対象となる経費は、初回受診時の妊娠判定に係る診察、尿検査及び超音波検査（医療機関が必要と判断した場合に限る。）に要した額とし、10,000円を上限とする。

(申請方法)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書（以下「申請書」という。）（様式第1号）に、次の各号に掲げる書類を添えて、市長に申請するものとする。

- (1) 同意書（様式第2号）、または第2条各号のいずれかに該当することを証明する書類。
- (2) 妊娠判定を実施した医療機関が発行する領収書及び診療明細書。
- (3) その他市長が認めるもの。

2 前項の申請は、受診日から起算して3か月以内に行わなければならない。ただし、やむを得ない事情がある時は、この限りではない。

(助成の決定)

第5条 市長は、前条の申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、助成金の額を決定すると共に、船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付決定通知書(様式第3号)により通知するものとする。また、不交付を決定した場合はその理由を添えて、船橋市初回産科受診料助成金不交付決定通知書(様式第4号)により通知するものとする。

(助成金の支払い)

第6条 市長は、前条の通り交付決定を通知した時は、速やかに助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第7条 市長は、助成金の交付を受けた申請者が不正な手段で交付を受けたことが判明した場合、申請者に対する助成金の交付決定を取り消し、既に交付された助成金の全部または一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、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。

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

船橋市長 あて

次のとおり、船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金を申請します。

1. 申 請 者 (妊婦)

フリガナ		生 年 月 日
氏 名	㊟	年 月 日
住 所		
連 絡 先	() ※日中連絡がとれる連絡先	

2. 申 請 額

自己負担額 (医療保険外) (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A) と (B) で少ない額
円	10,000円	円

3. 初回産科受診医療機関

受診日	医療機関等
年 月 日	

4. 振込先口座

金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店												
預金種別	1 普通	2 当座	その他 ()	口座番号									
口座名義 (カタカナで記入すること)													

口座がわかる書類の添付をお願いいたします。(キャッシュカード、通帳の写し等)

5. 同意欄

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		受付者	
------	--	-----	--	-----	--

同意書

年 月 日

船 橋 市 長 あて

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成を受けたいので、世帯の市民税の課税状況を確認することに同意します。

同意者 (申請者)	氏名		
	住所		
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 ☐	その他
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 ☐	その他
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 ☐	その他
同意者	氏名	(申請者との続柄)	
	住所	申請者と同居 ☐	その他

- ・ 同意する者が自ら署名をおこなってください
- ・ 同意者数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えありません

【担当者記入欄】 ☐ 同意書のみ

様式第3号

第 号
年 月 日

様

船 橋 市 長

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました、船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成金について、次のとおり決定し、額を確定したので通知します。

なお、助成金は指定の金融機関口座に振り込みます。

助成決定金額 円

様式第 4 号

第 号
年 月 日

様

船 橋 市 長

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金不交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました、船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金については、次の理由により不交付としましたので通知します。

不交付理由