

新潟市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、単胎妊娠の場合よりも頻回の妊婦健康診査受診が推奨され、受診に伴う経済的負担が大きくなる多胎児を妊娠した妊婦に対し、母子保健医療対策総合支援事業実施要綱（平成17年8月23日付雇児発第0823001号）に基づき、新潟市妊婦健康診査実施要綱（平成21年4月1日制定）で規定する回数に追加で受診する妊婦健康診査（以下「健康診査」という。）にかかる費用を助成することで、多胎妊婦の負担軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この要綱に基づく助成の対象となる者は、健康診査を受診する日において新潟市に住所を有する多胎妊娠した妊婦とする。ただし市長が別途定める場合はこの限りではない。

(助成金額等)

第3条 通常健康診査の支援を超える健康診査が生じた場合に助成を行うものとし、1回につき5,000円を限度とする。

ただし、以下の次の各号に掲げるものは助成の対象としない。

- ① 海外で受診した健康診査費
- ② 医療保険各法が適用される診療費
- ③ 妊婦健康診査に伴わない保険外診療で支払った検査等
- ④ 教材費・文書料・予防接種等、健康診査に直接関係しない費用

2 助成金の対象となる健康診査は、5回までとする。

(助成金の申請)

第4条 第2条に掲げる者は次の書類を提出するものとする。

- (1) 新潟市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業申請書（別記様式第1号）
- (2) 多胎妊娠であることが確認できる書類の写し

(3) 領収書、診療明細書等の検査費用及び受診したことがわかる書類の原本

(4) 振込先の金融機関口座が確認できる書類の写し

(5) その他市長が必要と認める書類

2 申請は特段の理由がない限り、原則として妊婦が受診した最後の健康診査日から1年以内とする。

(支給の決定)

第5条 市長は、前条に規定する申請を受けたときは、その内容を審査し、助成金の支給の適否を決定し書面をもって申請者に通知するものとする。

(支給の決定の取消し)

第6条 市長は、申請者が偽りの申請その他不正な手段によって助成金を受けたときは、その決定を取り消すことができる。

(助成金の返還)

第7条 市長は、前条の規定により、助成の決定を取り消したときは、既に支給した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年4月27日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

新潟市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業申請書

多胎妊娠に伴い妊婦一般健康診査の受診回数が、市の規定する回数を超えて受診したので、助成金を申請いたします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

*太枠内をご記入ください

申請者 (妊産婦本人)	(フリガナ) 氏名	()	母子健康 手帳番号										
	生年月日	年 月 日											
	住所	〒 昼間の連絡先電話番号 ()											
今回の妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所地をご記入下さい。			住所変更日: 年 月 日 [右記市役所記入欄:確認 要・否] 前住所:										
<p>【同意書】 助成金を受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や受診機関への支払い内訳確認等、関係部署等に確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p>													
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫) 農協・()							本店・出張所 支店・()				
	預金種別	普通	当座	口座番号									
	(フリガナ) 口座名義人	()											

※ 申請者以外の口座に振込希望の方は、下記の委任状をご記入ください。

私は、次の者に多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
受任者 (口座名義人)	委任者 (申請者)
住所	住所
氏名	氏名
申請者との続柄	

添付書類

- 1 口座番号、名義人(カタカナ)の記載されている通帳のコピー
- 2 受診時の領収書とその明細書(どちらも原本とコピー)
- 3 母子健康手帳の「表紙」「妊娠中の経過」「検査の記録」欄のコピー(全ての児のもの)

【申請要件・注意事項】

- 妊婦健康診査受診日に、新潟市に住民登録のある方が対象となります。
- 通常14回の妊婦健康診査の支援を超える健診が生じた場合に、超えた部分に対して受診した妊婦健康診査が対象となります。
- 海外で実施した健康診査、健康保険適用の診療、基本的な妊婦健康診査を実施していない診療、文書料等にかかる費用は対象となりません。
- 助成金は5,000円を上限とし自己負担をした費用と比較して少ないほうの金額となります。
- 申請期限は、最後に受けた妊婦健康診査受診日から1年以内です。

新潟市使用欄（記入しないでください）

	受診日	支給額	総額
①	年 月 日	円	
②	年 月 日	円	
③	年 月 日	円	
④	年 月 日	円	
⑤	年 月 日	円	
住民基本台帳確認欄		備考（ 年 月 日転入・転出）	円