

神戸市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、住民税非課税世帯等の妊婦に対して初回の産科受診料を助成することにより、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ことを目的とする。

(助成対象者)

第2条 この事業により助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、妊娠判定検査のため初めて産婦人科医療機関を受診し、妊娠の判定を受ける者であって、申請日において市内に住所を有する者のうち、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 当該年度の市県民税均等割が非課税である世帯に属する者（ただし、申請日が4月から6月の場合で未申告を除いて当該年度の市県民税が確定していない場合は、前年度の市県民税とする。）
- (2) 生活保護法による保護を受けている世帯に属する者

2 この事業の対象者は、次の各号に掲げる要件を満たすものとする。

- (1) 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した者。
- (2) 世帯の課税状況及び住民基本台帳を確認することに同意すること。
- (3) 支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診の情報や家庭の状況等を含む。）を関係機関と神戸市が共有することに同意すること。

(用語の定義)

第3条 この要綱における用語の定義は、次の各号の定めるところによる。

- (1) 契約医療機関 この要綱の定める事業の実施に関して、神戸市長と契約を締結した医療機関
- (2) 市医師会 一般社団法人神戸市医師会
- (3) 医師会医療機関 市医師会に所属する医療機関

(助成の対象となる内容および助成金の額)

第4条 助成の対象となる初回産科受診の内容は、妊娠の判定に必要な検査、診察その他医師が必要と認めた保険外診療で行う診療分とする。ただし、初回受診時に併せて行う妊婦健康診査に係る費用は助成対象外とする。

2 助成金の額は、対象者が医療機関に支払う初回の受診に要した費用に相当する額とし、10,000円を上限とする。1回の妊娠につき1医療機関に限る。上限額を超えた費用は、対象者の負担とする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、神戸市初回産科受診料助成券交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。この場合において、他都市からの転入等により神戸市での課税状況または生活保護受給状況の確認が困難な場合、申請者は、課税証明書等を提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、申請者に対し、神戸市初回産科受診料助成券／請求依頼書（様式第2号。以下「助成券」という。）を交付するものとする。ただし、助成券の有効期間は発行日より1か月以内とする。

また、不適当と認めるときは、神戸市初回産科受診料助成券不交付決定通知書（様式第4号）をもって、申請者に通知するものとする。

（助成券の利用方法）

第6条 助成券の交付を受けた者（以下「助成券利用者」という。）は、助成券を契約医療機関に提出し、妊娠判定を受けるものとする。

（助成金の請求及び受領の権限の委任）

第7条 前条による助成券の提出により、助成券利用者は妊娠判定にかかる神戸市からの助成金の請求及び受領の権限を、当該契約医療機関（当該契約医療機関が市医師会医療機関である場合は市医師会）に委任したものとみなす。

（費用の請求）

第8条 契約医療機関は、本要綱の定める助成の対象となる妊娠判定を行ったときは、対象者より提出された助成券に受診結果を記入し月ごとに取りまとめ、神戸市初回産科受診料助成にかかる請求書（様式第3号。以下、「請求書」という。）とあわせて、原則として、妊娠判定を実施した月の翌月の10日までに市長あてに請求するものとする。

2 市長は、前項による請求が行われた場合は、請求内容を審査のうえ適正であると認められるものについて、助成金を契約医療機関へ支払うものとする。

第9条 医師会医療機関が、前条による請求を行う場合は、対象者より提出された助成券を月ごとに取りまとめ、市医師会へ提出するものとし、市医師会は助成券を取りまとめ、請求書とあわせて、原則として、当月分を翌月の月末までに市長へ提出するものとする。

2 市長は、前項による請求が行われた場合は、請求内容を審査のうえ適正であると認められるものについて、助成金を市医師会へ支払うものとする。

3 市医師会は、前項により市より支払われた助成金を、第8条第1項による助成券の提出を受けた医師会医療機関へ、請求内容に応じて支払うものとする。

第10条 契約医療機関または市医師会が、第7条及び第8条に基づく本市への請求を行うにあたっては、各年の3月31日までに実施した妊娠判定にかかる助成金については、原則としてその年の5月31日までの期間でなければ本市より支払うことができないことに留意するものとする。

（償還払いによる助成方法）

第11条 助成対象者が、助成券を提示することなく契約医療機関で初回産科受診をしたとき、又は契約医療機関以外の医療機関等（日本国内に限る。）で初回産科受診をしたときは、神戸市初回産科受

診料支援事業償還払い申請書（様式第5号）に当該受診に係る領収書等（受診日、受診に要した費用、検査項目等が明記されたもの）を添えて、当該受診日から1年以内に市長に請求することができる。

この場合、第2条による助成対象者の確認は、申請日ではなく産婦人科医療機関の受診日を基準とする。

2 市長は、前項の規定による請求を受けたときは、その内容を審査し、適正と認める場合は、その結果を申請者に書面により通知するものとする。

また、不適当と認めたときは、その理由を付して、申請者に通知するものとする。

（助成金の返還等）

第12条 市長は、偽りその他不正な行為により本要綱に定める助成を受けまたは受けようとすることが明らかなる者がある場合は、当該者に対する助成金の交付決定をとりけし、または交付した助成金の全部もしくは一部の返還を請求することができる。

（補則）

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が定める。

附則

（施行期日）

この要綱は令和6年10月1日より施行し、令和6年4月1日から適用する。

附則（令和6年12月1日改正）

（施行期日）

この要綱は令和6年12月1日より施行する。

附則（令和8年4月1日改正）

（施行期日）

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(様式第1号)

神戸市長 様

年 月 日

神戸市初回産科受診料助成券交付申請書

神戸市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第5条第1項に基づき、助成券の交付を受けた
いので、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受診する本人)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 神戸市
	連絡先 (日中繋がる番号)	— —
妊娠について	<input type="checkbox"/> 医療機関で妊娠判定を受けていない <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日 (年 月 日)	
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
受診予定の 産科医療機関	未定 ・ ()	
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況、住民基本台帳並びに生活保護受給状況を閲覧すること、神戸市が医療機関等と支援に必要な情報(受診状況、家庭の状況等)を共有することに同意します。		<input type="checkbox"/> 同意しました。
<ul style="list-style-type: none">・神戸市初回産科受診料助成券(様式第2号)について受領しました。・助成対象は保険外診療であることについて了承しました。(保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外)		
署名		

(様式第2号)

上限 10,000 円
(助成対象：保険外診療)

神戸市初回産科受診料助成券／請求依頼書

【本人記入欄】

氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 神戸市		

※受診日時点で神戸市に住民票がない場合、この券は使用できません。

※助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に所属する医療機関にあっては、神戸市医師会）に委任します。

また、この診察による結果を、神戸市へ送付されることに同意します。

※不正があった場合、全額返還します。

【神戸市記入欄】

発行日	年 月 日
発行部署名	

※有効期間は発行日より1か月以内とする。

【医療機関記入欄】

(上限 10,000 円)
請求金額（保険外診療） _____ 円
※保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外

診察年月日	年 月 日
医療機関名	
妊娠判定に要した診察の内容	実施した項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 問診（生活環境、既往歴等） <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
結果	<input type="checkbox"/> 妊娠している（ _____ 週頃） <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 要再診（次回 _____ 月 _____ 日に再診予定）

(様式第3号)

年 月 日

神戸市長 あて

(医療機関名・住所・代表者名)

神戸市初回産科受診料助成にかかる請求書

1. _____年____月分として、¥_____を請求します。

(請求内訳) 別添 様式第2号 _____名分のとおり

2. 下記の口座に振替依頼します。

口座振替 依頼欄	金融機関名		支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	口座名義(か)			

(様式第4号)

神 第 号
年 月 日

様

神戸市長
(公印省略)

神戸市初回産科受診料助成券不交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった神戸市低所得妊婦の初回産科受診料助成券の交付申請について、下記のとおり不交付の決定をいたしましたので、通知します。

記

1. 申請者 氏名 _____
〒 _____
住所 _____ 電話 _____

2. 不交付の理由

(教示)

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に神戸市長に対して審査請求をすることができます(なお、処分を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分に対する取消しの訴えは、処分があったことを知った日(審査請求をした場合は、当該審査請求に対する神戸市長の裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6月以内に神戸市(訴訟において神戸市を代表する者は、神戸市長)を被告として提起することができます(なお、処分又は裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、処分又は裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

3. この通知の問い合わせ先

神戸市
電話
〒 神戸市

(様式第5号)

年 月 日

神戸市長 あて

神戸市初回産科受診料支援事業償還払い申請書

神戸市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第11条第1項に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受診した本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 神戸市		
	連絡先 (日中繋がる番号)	— —		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
受診医療機関				
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況、住民基本台帳並びに生活保護受給状況を閲覧すること、神戸市が医療機関等と支援に必要な情報（受診状況、家庭の状況等）を共有することに同意します。				<input type="checkbox"/> 同意しました。

※受診に要した費用について下記の振込先に入金願います。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()			本店・支店 出張所		
	口座の種別	普通・当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						

※口座名義人は申請者と同じとなります。

請求金額	請求金額は下記のとおりです。 請求金額 (保険外診療) 金 _____ 円 (上限 10,000 円)
【添付書類】 受診に要した費用に係る領収書 (原本)	

下記の証明欄は領収書がない場合に受診医療機関に記載を依頼してください。

受診に要した費用証明欄 (受診医療機関等において記載してください。)	
受診に要した費用証明書	
受診日	年 月 日
金 _____ 円 (上限 10,000 円)	
受診に要した費用 (保険外診療) は上記のとおりであることを証明します。 (※保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外)	
記載日	年 月 日
所在地 _____	
医療機関名 _____ (印)	

様式第 1 号)

神戸市長 様

年 月 日

神戸市初回産科受診料助成券交付申請書

神戸市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第 5 条第 1 項に基づき、助成券の交付を受けた
いので、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受診する本人)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 神戸市
	連絡先 (日中繋がる番号)	— —
妊娠について	<input type="checkbox"/> 医療機関で妊娠判定を受けていない <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日 (年 月 日)	
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
受診予定の 産科医療機関	未定 ・ ()	
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況、住民基本台帳並びに生活保護受給状況を閲覧すること、神戸市が医療機関等と支援に必要な情報(受診状況、家庭の状況等)を共有することに同意します。		<input type="checkbox"/> 同意しました。
・神戸市初回産科受診料助成券(様式第2号)について受領しました。 ・助成対象は保険外診療であることについて了承しました。(保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外)		
署名		

(様式第2号)

上限 10,000 円
(助成対象：保険外診療)

神戸市初回産科受診料助成券／請求依頼書

【本人記入欄】

氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 神戸市		

※受診日時点で神戸市に住民票がない場合、この券は使用できません。

※助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に所属する医療機関にあっては、神戸市医師会）に委任します。

また、この診察による結果を、神戸市へ送付されることに同意します。

※不正があった場合、全額返還します。

【神戸市記入欄】

発行日	年 月 日
発行部署名	

※有効期間は発行日より1か月以内とする。

【医療機関記入欄】

(上限 10,000 円)
請求金額（保険外診療） _____ 円
※保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外

診察年月日	年 月 日
医療機関名	
妊娠判定に要した診察の内容	実施した項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 問診（生活環境、既往歴等） <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
結果	<input type="checkbox"/> 妊娠している（ _____ 週頃） <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 要再診（次回 _____ 月 _____ 日に再診予定）

(様式第3号)

年 月 日

神戸市長 あて

(医療機関名・住所・代表者名)

神戸市初回産科受診料助成にかかる請求書

1. _____年____月分として、¥_____を請求します。

(請求内訳) 別添 様式第2号 _____名分のとおり

2. 下記の口座に振替依頼します。

口座振替 依頼欄	金融機関名		支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	口座名義(か)			

(様式第4号)

神 第 号
年 月 日

様

神戸市長
(公印省略)

神戸市初回産科受診料助成券不交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった神戸市低所得妊婦の初回産科受診料助成券の交付申請について、下記のとおり不交付の決定をいたしましたので、通知します。

記

1. 申請者 氏名 _____
〒 _____
住所 _____ 電話 _____

2. 不交付の理由

(教示)

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に神戸市長に対して審査請求をすることができます(なお、処分を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分に対する取消しの訴えは、処分があったことを知った日(審査請求をした場合は、当該審査請求に対する神戸市長の裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6月以内に神戸市(訴訟において神戸市を代表する者は、神戸市長)を被告として提起することができます(なお、処分又は裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、処分又は裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

3. この通知の問い合わせ先

神戸市

電話

(〒 神戸市

様式第 5 号)

年 月 日

神戸市長 あて

神戸市初回産科受診料支援事業償還払い申請書

神戸市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第 11 条第 1 項に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受診した本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 神戸市		
	連絡先 (日中繋がる番号)	— —		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
受診医療機関				
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況、住民基本台帳並びに生活保護受給状況を閲覧すること、神戸市が医療機関等と支援に必要な情報（受診状況、家庭の状況等）を共有することに同意します。				<input type="checkbox"/> 同意しました。

※受診に要した費用について下記の振込先に入金願います。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()			本店・支店 出張所		
	口座の種別	普通・当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						

※口座名義人は申請者と同じとなります。

請求金額	請求金額は下記のとおりです。 請求金額 (保険外診療) 金 _____ 円 (上限 10,000 円)
------	--

【添付書類】 受診に要した費用に係る領収書 (原本)

下記の証明欄は領収書がない場合に受診医療機関に記載を依頼してください。

受診に要した費用証明欄 (受診医療機関等において記載してください。)	
受診に要した費用証明書	
受診日	年 月 日
金 _____ 円 (上限 10,000 円)	
受診に要した費用 (保険外診療) は上記のとおりであることを証明します。 (※保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外)	
記載日	年 月 日
所在地 _____	
医療機関名 _____ (印)	