

神戸市妊婦健康診査・新生児聴覚検査 県外里帰り助成金支給要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、神戸市内に在住する母子の健康を守り、子育てしやすい環境を提供するため、本市が妊婦健康診査及び新生児聴覚検査にかかる費用の一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものである。

(事業の目的)

第2条 この要綱で定める妊婦健康診査（以下「妊婦健診」という。）にかかる費用助成は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条に規定する妊婦健診の積極的な受診を促し、妊娠中の異常の早期発見・早期治療を促進するとともに、誰もが安心して出産できる環境を整えることを目的として、市が対象者に対して妊婦健康診査受診券を交付し、対象者が里帰り出産等の事情により兵庫県外の医療機関において妊婦健診を受診した場合の費用の一部を助成するものとする。

2 この要綱で定める新生児聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）にかかる費用助成は、新生児の聴覚検査の積極的な受検を促し、新生児の聴覚に関する異常の早期発見及び早期の対応を図ることを目的として、市が対象者に対して新生児聴覚検査助成券を交付し、対象者が里帰り出産等の事情により兵庫県外（日本国内に限る。以下同じ）の医療機関において聴覚検査を受診した場合の検査にかかる費用の一部を助成するものとする。

(事業の対象者)

第3条 前条に定める事業の対象者は、「神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）または「神戸市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業実施要綱」（以下「多胎要綱」という。）に定める妊婦健診を受診または聴覚検査を受検する資格を有するものであって、その受診または受検する日に神戸市に住所を有する者とする。

2 この要綱に定める助成を受けようとするものは、実施要綱第5条または多胎要綱第5条に定める助成金の交付申請を行い、受診券または助成券及びバーコードシールの交付を受けなければならない。

(健診または検査を実施する医療機関等)

第4条 この要綱で定める助成の対象となる妊婦健診は、兵庫県外の産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所で実施するものに限る。

2 この要綱で定める助成の対象となる聴覚検査は、兵庫県外の小児科、耳鼻咽喉科、産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所で実施するものに限る。

(対象となる健診または検査の範囲)

第5条 この要綱で定める助成の対象となる健診または検査の範囲は、実施要綱第11条、第15条及び別表4または多胎要綱第11条及び別表1において定めるもののうち、以下の各号に該当する費用を除いたものとする。

(1) 実施要綱及び多胎要綱により助成を受けた健診または検査の公費負担額

(2) 保険診療または他の医療費助成制度により公費による助成を受けた健診または検査にかかる費用

(受診券及び助成券の有効期間)

第6条 受診券及び助成券の有効期間は、実施要綱第6条及び多胎要綱第6条に定めるとおりとする。

(助成金の申請)

第7条 実施要綱第5条第4項または多胎要綱第5条による受診券の交付を受けた者が、兵庫県外の医療機関において妊婦健診を受診した場合に、この要綱で定める助成金を受給しようとするときは、以下の各号に定める書類を市長に提出して支給申請を行わなければならない。

- (1) 神戸市妊婦健康診査新生児聴覚検査里帰り助成金支給申請書兼請求書(様式第1号)
- (2) 妊婦健診を受診した医療機関の領収書の写し(医療機関の名称・所在地, 受診者氏名, 受診年月日, 領収金額及び領収日が記載されたものであり, 領収金額について保険外診療である旨が記載されていることを要する。)または「神戸市妊婦健康診査里帰り助成金受診証明書」(様式第8号)または「神戸市多胎妊婦健康診査助成金受診証明書(多胎要綱様式第3号)」(やむを得ない事情により領収書が提出できない場合に限る。)

(3) 医療機関による請求に使用されていない受診券(原則として医療機関による医療機関記入欄の記載があるもの)

(4) 助成金の振込先の銀行口座(本人名義に限る)が確認できる書類の写し

(5) 母子健康手帳の「出生届出済証明」「妊娠中の経過」のページの写し

2 実施要綱第5条第4項及びによる助成券の交付を受けた者が、兵庫県外の医療機関において聴覚検査を受検した場合に、この要綱で定める助成金を受給しようとするときは、以下の各号に定める書類を市長に提出して支給申請を行わなければならない。

(1) 神戸市妊婦健康診査新生児聴覚検査里帰り助成金支給申請書兼請求書(様式第1号)

(2) 聴覚検査を受検した医療機関の領収書の写し(医療機関の名称・所在地, 受検した児童の保護者の氏名, 受検年月日, 領収金額及び領収日が記載されたものであり, 領収金額について保険外診療である旨が記載されていることを要する。)または「神戸市新生児聴覚検査受検証明書」(様式第9号)(やむを得ない事情により領収書が提出できない場合に限る。)

(3) 医療機関による請求に使用されていない助成券(原則として医療機関による医療機関記入欄の記載があるもの)

(4) 助成金の振込先の銀行口座(本人名義に限る)が確認できる書類の写し

3 第1項または前項に定める申請は、それぞれ以下の各号に定める期限までに行わなければならない。

(1) 第1項(妊婦健診)にかかる申請

分娩または妊娠の終了日から6か月以内

(2) 第2項(聴覚検査)

聴覚検査を受検した日から6か月以内

4 第1項または第2項に定める申請は、原則として1回のみ行うことができる。ただし、第2項の聴覚検査にかかる申請は、初回検査と確認検査(初回検査と同じ医療機関で受検した場合に限る)をあわせて1回として行うものとする。

(助成金の交付決定)

第8条 市長は、前条の申請があった場合は、申請内容の審査を行い、この要綱に定める助成対象と認められるときは、様式第2号、第3号または第4号のいずれかにより、申請者に対して支給を

決定した旨を通知し、支給決定にかかる助成金を申請者に支払うものとする。

- 2 前項において、市長が申請内容の審査を行った結果、この要綱に定める助成対象として認められない場合は、様式第5号、第6号、第7号のいずれかにより、申請者に対して不承認である旨及びその理由を明記して通知する。

(助成金の支給額)

第9条 前条第1項において支給の決定を行う助成金は、有効な受診券及び助成券の額面金額とする。ただし、支給申請のあった受診または受検にかかる医療機関への支払額（妊婦健診においては健診1回あたりの支払額）が額面金額を下回る場合は、当該支払額を上限とする。

(その他)

第10条 この要綱の実施について必要な事項は、こども家庭局長が別に定めるものとする。

附則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

(旧要綱の廃止)

第2条 「神戸市妊婦健康診査里帰り助成金支給要綱」（平成31年4月1日施行）及び「神戸市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱」（令和元年10月1日施行）（以下「旧要綱」という。）は廃止する。

(経過措置)

第3条 旧要綱に基づき令和2年3月31日までに申請があったものは、それぞれの助成内容に対応する旧要綱を適用するものとする。

2 旧要綱で定める様式は、当分の間これを使用することができる。

3 旧要綱のうちの「神戸市妊婦健康診査里帰り助成金支給要綱」に定める様式第2号及び「神戸市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱」に定める様式第1号は、当分の間、本要綱の様式第1号とみなす。

附則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(様式第1号)

神戸市妊婦健康診査・新生児聴覚検査 里帰り助成金支給申請書兼請求書

バーコードシール
を貼付してください

令和 年 月 日

神戸市長 あて

助成金を申請します。申請内容に不正があった場合は受給額を全額返還することに同意します。

助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、妊婦健診・聴覚検査受診医療機関への支払い内容の確認等を行うことを了承します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 (歳)
現住所	〒 区 (電話番号 -) 神戸市 区			
聴覚検査	フリガナ		生年月日	令和 年 月 日
	受検児氏名			
申請金額	金 円 …①+②			
①妊婦健康診査 申請金額		②新生児聴覚検査 申請金額		
金 円		金 円		

※①, ②の金額は、裏面で計算してください。

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				
	口座名義人(か) (申請者本人)						

転送先	転居や里帰り出産等により市からの決定通知書の送付を <u>上記以外</u> の住所に希望される場合はご記入ください						
	〒 区 (様方)						
里帰り予定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日頃							

分娩または妊娠の終了日	新生児聴覚検査実施日	
令和 年 月 日	令和 年 月 日 <small>※確認検査も行った場合は、その日付</small>	
*神戸市記入欄	受理日	決定日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日

①妊婦健康診査 申請金額計算シート

受診日 (妊娠週数)	a:受診券金額	<> =	b:領収金額	ab どちらか 小さい金額
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
受診券 (医療機関記入済み) 基本健診券 ___ 枚・血液①券 ___ 枚・血液②券 ___ 枚 血液③券 ___ 枚・超音波①券 ___ 枚・超音波②券 ___ 枚 c 受診券 (助成上限額合計) 金額 _____ 円				申請金額…① 円

※申請金額は「ab どちらか小さい金額」欄の金額の合計になります。
 ※申請金額が「c 受診券 (助成上限額合計) 金額」よりも高くなることはありません。
 ※産婦健診にかかった費用はこちらの申請書で助成を受けることはできません。

②新生児聴覚検査 申請額計算シート (A又はBどちらか該当する箇所に☑してください)

A	<input type="checkbox"/> 自動ABR 5,000円 (上限) <u>又は</u> <input type="checkbox"/> OAE 3,000円 (上限)	
B	<input type="checkbox"/> 検査費用が上限を下回る <small>※右に金額を記入してください</small>	円
		申請金額…②(A又はBのいずれか少ない金額) 円

※余ったバーコードシールは神戸市の乳幼児健診でも使用しますので、同封しないでください。

(様式第2号)

第 号
年 月 日

様

神戸市長

神戸市 妊婦健康診査 里帰り助成金支給決定通知書
 新生児聴覚検査

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり承認されましたので通知します。

記

1. 助成額 金 円

〔	内 訳：妊婦健康診査里帰り助成額	円
	新生児聴覚検査里帰り助成額	円
〕		

2. その他 本決定以後であっても申請内容に虚偽があると判明した場合、決定を取り消すとともに、助成金を全額返還いただきます。

以上

(様式第3号)

第 号
年 月 日

様

神戸市長

神戸市妊婦健康診査里帰り助成金支給決定通知書

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり承認されましたので通知します。

記

1. 助成額 金 円
2. その他 本決定以後であっても申請内容に虚偽があると判明した場合、決定を取り消すとともに、助成金を全額返還いただきます。

以上

(様式第4号)

第 号
年 月 日

様

神戸市長

神戸市新生児聴覚検査里帰り助成金支給決定通知書

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり承認されましたので通知します。

記

1. 助成額 金 円
2. その他 本決定以後であっても申請内容に虚偽があると判明した場合、決定を取り消すとともに、助成金を全額返還いただきます。

以上

(様式第5号)

第 号
年 月 日

様

神戸市長

神戸市 妊婦健康診査 里帰り助成金支給不承認決定通知書
新生児聴覚検査

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり不承認となりましたので通知します。

記

1. 不承認理由

以上

(様式第6号)

第 号
年 月 日

様

神戸市長

神戸市妊婦健康診査里帰り助成金支給不承認通知書

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり不承認となったので通知します。

記

1. 不承認の理由

以上

(様式第7号)

第 号
年 月 日

様

神戸市長

神戸市新生児聴覚検査里帰り助成金支給不承認通知書

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり不承認となったので通知します。

記

1. 不承認の理由

以上

(様式第8号)

神戸市妊婦健康診査里帰り助成金
受診証明書

領収書を添付している場合はこの用紙の提出は必要ありません。

申請者	現住所	〒 -	
	フリガナ		電話番号
	氏名		() -

申請者の受診記録を確認のうえ下記の項目について記入ください。

	医療機関コード (ゴム印を押印してください)	健康診査年月日	妊娠週数	領収金額 (保険適用外)
	医療機関記入欄		年 月 日	週
		年 月 日	週	円
医療機関の所在地		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
医療機関等の名称		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
開設者氏名		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
電話番号		年 月 日	週	円
() -		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円
		年 月 日	週	円

本証明書の発行にかかる費用については助成金の対象とはなりません。

(様式第9号)

神戸市新生児聴覚検査 受検証明書

領収書を添付している場合はこの用紙の提出は必要ありません。

【保護者記入欄】

申請者	現住所	〒		—
	フリガナ 氏名			電話番号 () —
受検児氏名				
生年月日 令和 年 月 日生				

申請者の受検記録を確認のうえ下記の項目について記入ください。

【医療機関記入欄】

領収年月日	令和 年 月 日		
領収額	新生児聴覚検査費用として 円		
医療機関コード (ゴム印を押印してください)			
医療機関 所在地 名称	〒 —		

本証明書の発行にかかる費用については助成金の対象とはなりません。