

## 二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付要綱

### （目的）

第1条 この要綱は、妊娠の継続や出産の状況によって母子両者又はいずれかが重大な予後が予想される妊娠を抱える妊婦及びその出産による妊産婦（以下「ハイリスク妊産婦」という。）が、総合周産期母子医療センター又は市外の地域周産期母子医療センター（以下「周産期母子医療センター」という。）を受診する場合、通院又は入院（以下「通院等」という。）に要する交通費及び宿泊費を助成することにより、経済的負担を軽減し安心な出産を迎えることができるよう支援することを目的とする。

### （助成対象者）

第2条 助成の対象者は、市内に住所を有する者のうち、ハイリスク妊産婦であると医師が判断し、妊産婦健康診査若しくは診療（以下「妊産婦健診等」という。）又は分娩のために、周産期母子医療センターへ通院等又は近隣の宿泊施設に待機宿泊する者とする。

### （助成金の額）

第3条 助成金の額は、次により算出された額の合計額とし、1回の分娩当たり5万円を上限とする。ただし、前年度に補助金の交付を受けた者については、5万円から前年度の補助金額を差し引いた額とする。

（1） 4,900円に、前条により周産期母子医療センターで受診した通院等の回数を乗じて得た額

（2） 5,000円に、前条により妊産婦健診等又は分娩のため、近隣の宿泊施設に待機宿泊した回数を乗じて得た額

### （助成対象期間）

第4条 助成対象の期間は、助成対象者が、周産期母子医療センターでの妊産婦健診等又は待機宿泊を開始した日（以下「妊産婦通院等開始日」という。）から、周産期母子医療センターでの妊産婦健診等又は待機宿泊が終了した日（以下「妊産婦通院等終了日」という。）までとする。

### （助成金の申請等）

第5条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、二戸市妊

産婦健康診査等アクセス支援助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、申請者が周産期母子医療センターにおいて妊産婦健診等を受診したことが記録された母子健康手帳の写しを添えて市長に提出するものとする。

- 2 妊産婦通院等開始日と妊産婦通院等終了日が同一年度である場合は、当該対象期間における経費について、関係書類を添えて同年度末までに提出するものとする。  
また、妊産婦通院等終了日が妊産婦通院等開始日に属する年度の翌年度となる場合は、妊産婦通院等開始日から同一年度の3月31日までの経費について関係書類を添えて同年度末までに提出するとともに、妊産婦通院等終了日を迎えた場合は、その年の4月1日から妊産婦通院等終了日までの経費について関係書類を添えて妊産婦通院等終了日の属する年度末までに提出するものとする。

（交付の決定）

第6条 市長は、前条の規定による申請及び請求を受理したときは、その内容を審査し、助成金の交付が適当であると認めるときは、二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付決定通知書（様式第2号）により、助成金の交付が適当でないと認めるときは、二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付不承認決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（交付の決定の取消し）

第7条 市長は、助成金の交付の決定のあった者が偽りその他の不正の手段により助成金の交付の決定を受けたときは、当該助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（助成金の返還）

第8条 前条の規定により助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消された者が、既に助成金の交付を受けていたときは、助成金の全部又は一部を返還しなければならない。

（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

（施行期日）

- 1 この告示は、令和3年4月1日から施行する。

（二戸市妊産婦健康診査交通費助成金交付要綱の廃止）

- 2 二戸市妊産婦健康診査交通費助成金交付要綱（令和 2 年二戸市告示第 6 号）は廃止する。

年 月 日

二戸市長 様

住 所  
氏 名

印

## 二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付申請書兼請求書

二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金の交付を受けたいので、二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金の交付の決定があったときは、次の振込先に助成金を交付するよう請求します。

|               |            |            |       |       |   |
|---------------|------------|------------|-------|-------|---|
| 交付申請額         | 円          |            |       |       |   |
| フリガナ<br>申請者氏名 |            | 生年月日       | 年 月 日 |       |   |
| 住 所           |            |            |       |       |   |
| 出産年月日         | 年 月 日 (予定) |            | 電話番号  | ( )   |   |
| 妊婦健康診査等受診日    | 医療機関名      | 妊婦健康診査等受診日 | 医療機関名 |       |   |
| 1             | 年 月 日      | 11         | 年 月 日 |       |   |
| 2             | 年 月 日      | 12         | 年 月 日 |       |   |
| 3             | 年 月 日      | 13         | 年 月 日 |       |   |
| 4             | 年 月 日      | 14         | 年 月 日 |       |   |
| 5             | 年 月 日      | 15         | 年 月 日 |       |   |
| 6             | 年 月 日      | 16         | 年 月 日 |       |   |
| 7             | 年 月 日      | 産婦健康診査等受診日 |       | 医療機関名 |   |
| 8             | 年 月 日      | 1          | 年 月 日 |       |   |
| 9             | 年 月 日      | 2          | 年 月 日 |       |   |
| 10            | 年 月 日      | 受診回数       |       |       | 回 |

| 妊産婦健康診査等のために宿泊した日 |              | 泊数 | 宿泊先 |
|-------------------|--------------|----|-----|
| 1                 | 年 月 日～ 年 月 日 | 泊  |     |
| 2                 | 年 月 日～ 年 月 日 | 泊  |     |
| 3                 | 年 月 日～ 年 月 日 | 泊  |     |

|     |                     |  |      |       |
|-----|---------------------|--|------|-------|
| 振込先 | 金融機関名               |  | 支店名  |       |
|     | 口座番号                |  | 預金種別 | 普通・当座 |
|     | 口座名義人（申請者と同じ名義とする。） |  |      |       |

## 添付書類

- (1) 母子健康手帳の写し（妊産婦健康診査等を受診したことがわかる部分）
- (2) 診療明細書又は領収書の写し（母子健康手帳に記載されている日以外でハイリスク妊娠・分娩に係る疾患の受診をした場合）
- (3) 宿泊に係る領収書の写し

## ハイリスク妊産婦該当事項（周産期母子医療センター記載欄）

|                |                       |                       |
|----------------|-----------------------|-----------------------|
| 周産期母子医療センターの名称 | ①                     |                       |
| 記入日            | ①（通院等開始後提出時）<br>年 月 日 | ②（通院等終了後提出時）<br>年 月 日 |
| 記入者所属・氏名       | ①                     | ②                     |

|       |                                                                                              |                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 該当事項  | ①（該当する番号すべてに○をつけてください。）<br>1. ハイリスク妊娠管理加算<br>2. ハイリスク分娩管理加算<br>3. ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者 |                    |
| 通院等期間 | ①（通院等開始日）<br>年 月 日                                                                           | ②（通院等終了日）<br>年 月 日 |
| 出産日   | ※申請者記入欄 年 月 日                                                                                |                    |
| 出産予定日 | ※申請者記入欄 年 月 日                                                                                |                    |

## ①疾患名（該当事項3に該当する場合、当てはまるものにチェックを入れてください）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者</p> <p> <input type="checkbox"/> 妊娠22週から32週未満の早産（早産するまで）         <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群重症の患者       </p> <p> <input type="checkbox"/> 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）       </p> <p> <input type="checkbox"/> 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。       </p> <p>         (ア) 前期破水を合併したもの<br/>         (イ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの<br/>         (ウ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの<br/>         (エ) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介または搬送されたもの<br/>         (オ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの       </p> <p> <input type="checkbox"/> 多胎妊娠         <input type="checkbox"/> 子宮内胎児発育遅延         <input type="checkbox"/> 胎児に何らかの疾患が認められた者       </p> <p> <input type="checkbox"/> 心疾患（治療中のものに限る。）         <input type="checkbox"/> 糖尿病（治療中のものに限る。）       </p> <p> <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）         <input type="checkbox"/> 腎疾患（治療中のものに限る。）       </p> <p> <input type="checkbox"/> 膠原病（治療中のものに限る。）         <input type="checkbox"/> 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）       </p> <p> <input type="checkbox"/> 白血病（治療中のものに限る。）         <input type="checkbox"/> 血友病（治療中のものに限る。）       </p> <p> <input type="checkbox"/> 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）         <input type="checkbox"/> HIV陽性         <input type="checkbox"/> Rh不適合       </p> <p> <input type="checkbox"/> 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者       </p> <p> <input type="checkbox"/> 精神疾患（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）       </p> <p> <input type="checkbox"/> 40歳以上の初産婦         <input type="checkbox"/> 分娩前のBMIが35以上の初産婦者       </p> <p> <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離         <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群       </p> <p> <input type="checkbox"/> 早産歴（妊娠22週～妊娠36週までの出産歴）がある者       </p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(申請者自署欄)

上記内容について、行政機関に提出することを同意します。

氏 名

## 【助成申請書の取扱いについて】

(申請者)

- 申請者は、この様式を周産期母子医療センターに提出する前に、表面の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入しておくこと。
- 申請者は、上記の出産日・出産予定日・助成対象者自署欄を記入すること。
- 申請者は、通院等の期間中にこの様式を周産期母子医療センターに提出して通院等開始日等の必要事項を記入してもらうこと。また、通院等終了後は再度周産期母子医療センターに提出し、通院等期間終了日等を記入してもらうこと。その後、市町村に提出すること。
- 申請者は、通院等の期間が4月1日以降となる場合は、この様式に通院等開始日から3月末までの内容を記入した上で、3月31日までに市町村に提示し、A面に記載されている添付書類を提出すること。この様式は返却されるので、翌年度の申請は通院等が終了したら上記3のとおりに再度周産期母子医療センターに必要事項を記入してもらい、添付書類とあわせて市町村に提出すること。

(周産期母子医療センター)

- 周産期母子医療センターは、申請者から初めてこの様式を受け取った時は、B面の①と表示のある部分を記入すること。
- 周産期母子医療センターは、申請者から再度この様式を受け取った時は、B面の②と表示のある部分を記入すること。

様式第2号(第6条関係)

年 月 日

様

二戸市長

印

二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金について、二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり決定したので通知します。

記

1 交付決定額 金 円

様式第3号(第6条関係)

年 月 日

様

二戸市長

印

二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金交付不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった二戸市妊産婦健康診査等アクセス支援助成金について、次の理由により承認しないことを決定したので通知します。

記

(理由)