西海市告示第29号

　西海市多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱を次のように定める。

　　令和４年３月31日

西海市長　杉澤　泰彦

　　　西海市多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱

（目的）

第１条　この告示は、多胎児を妊娠した妊婦（以下「多胎妊婦」という。）が、西海市妊婦一般健康診査及び精密健康診査実施要綱（平成21年西海市告示第43号）に規定する一般健康診査に追加して行う妊婦の健康診査（以下「多胎健康診査」という。）を受診する者に対し、その健康診査の費用の全額又一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

（助成対象者）

第２条　この告示による助成の対象者は、西海市に住所を有する多胎妊婦で、第４条に規定する多胎健康診査を受診した者とする。

（助成の実施）

第３条　市は、次条に規定する多胎健康診査にかかる費用を医療機関等に支払った者の申請に基づき、第５条の規定により算出された金額を交付することとする。

（助成対象となる健康診査）

第４条　助成対象となる多胎健康診査は、医師又は分娩を取り扱う助産所の助産師により行われる健康診査とし、その検査項目は、西海市妊婦一般健康診査及び精密健康診査事業実施要綱に準ずるものとする。

（助成額）

第５条　多胎健康診査の助成額は、対象者が医療機関に支払った受診費用に相当する額とし、１回につき5,000円を限度とする。ただし、助成の回数は、1回の妊娠につき５回を上限とする。

（助成の申請）

第６条　助成を受けようとする者は、受診した後、多胎妊婦健康診査費用支給申請書兼請求書（様式第１号）に検査結果の写し及び領収書（明細のわかるもの）を添付し申請するものとする。ただし、申請を行うことのできる期間は、多胎健康診査を受診した日から妊娠終了後１年以内とする。

（支給の決定）

第７条　市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、当該申請にかかる助成金の支給及び支給額又は不支給を決定するものとする。

２　市長は、前条の規定により支給を決定したときは、申請者に対し速やかに多胎妊婦健康診査費用支給決定通知書（様式第２号）により決定した旨を通知するものとする。

３　市長は、第1項の規定による不支給の決定を行ったときは、申請者に対し多胎妊婦健康診査費用不支給通知書（様式第３号）により、支給を行わない理由を付して通知するものとする。

（助成金の交付）

第８条　前条の規定により助成金の支給を決定した者に対し、市長は、原則として、申請者本人名義の口座振込により助成金を支給する。

（交付決定の取消し）

第９条　市長は、助成金の交付の決定を受けた者が、虚偽その他不正な手段により助成金の支給を受けたときは、助成金の全部又は一部を取り消すことができる。

２　市長は、前項の規定により助成金の交付の決定を取り消した場合において、すでに助成金が支払われているときは、期限を定めてその返還を求めることができる。

附　則

この告示は、令和４年４月１日から施行し、同日以後に受診する多胎健康診査から適用する。

様式第１号（第６条関係）

西海市多胎妊婦健康診査費用支給申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦(産婦)  氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 分娩予定日 | | 年　　月　　日 | | | 出 産 日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 住所 | | 〒　　　　－　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－  西海市　　　　　　　町 | | | | | | | | |
| 検査実施  医療機関 | | 名称 |  | | | | | | | |
| 住所 | 電話（　 　　　）　　 　－ | | | | | | | |
| 健診実施日 | | 妊娠週数 | | 健診費用 | 健診実施日 | | | 妊娠週数 | | 健診費用 |
| 年　 月　 日 | | 週 | | 円 | 年　 月　 日 | | | 週 | | 円 |
| 年　 月　 日 | | 週 | | 円 | 年　 月　 日 | | | 週 | | 円 |
| 年　 月　 日 | | 週 | | 円 |  | | | | | |
| 支払い  希望機関 | 金融機関名 | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座名義 |  | | | |
| 銀行　　　　　　　本店・支店  農協　　　　　　　　　　支所  信用金庫　　　　　　　　　店  信用組合　　　　　　　出張所 | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| 多胎妊婦健康診査に係る費用の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。支給金額は、上記の口座に振り込んでください。  　　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　印  　西海市長　　様 | | | | | | | | | | |
| 支　　給　　決　　定 | | | | | | | | | | |
| 第　　　回 | | 円 | | | 第　　　回 | | | | 円 | |
| 第　　　回 | | 円 | | | 第　　　回 | | | | 円 | |
| 第　　　回 | | 円 | | | 総支給額 | | | | 円 | |

関係書類：健診結果の写し（母子健康手帳の健診記録の写し等）

領収書など費用の額がわかるものの写し

様式第２号（第７条関係）

第　　　　　　　号

年　　　月　　　日

（申請者）　様

西海市長　　　　　　　　　　印

西海市多胎妊婦健康診査費用支給決定通知書

　　　年　　月　　日付で申請のあった西海市多胎妊婦健康診査事業における検査費用支給については、次のとおり支給決定いたしましたので通知します。

記

支給決定額　　　　　　　　　　　　　　　円

対象者氏名：

対象者生年月日：

申請者氏名：

住所：

様式第３号（第７条関係）

第　　　　　　　号

年　　　月　　　日

（申請者）　様

西海市長　　　　　　　　　　印

西海市多胎妊婦健康診査費不支給決定通知書

　　　年　　月　　日付で申請のあった西海市多胎妊婦健康診査事業における検査費用支給については、次の理由により不支給の決定をいたしましたので通知します。

記

不支給の決定理由