

令和7年度砥部町妊産婦健康診査費助成事業実施要綱

令和7年3月27日

砥部町告示第83号

（目的）

第1条 この告示は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条の規定により実施する妊産婦健康診査（以下「健診」という。）の対象者で、里帰り等の理由により愛媛県外（日本国内に限る。以下同じ。）の医療機関又は助産所（以下「医療機関等」という。）で健診を受診する者に対し、受診費用を予算の範囲内で助成することに関し必要な事項を定めることにより、妊産婦の健康増進を図ることを目的とする。

（対象者）

第2条 助成の対象者は、健診の受診日において町内に住所を有する妊産婦であり、健診を愛媛県外の医療機関等で受診するため、砥部町が交付する妊婦一般健康診査受診票、多胎妊婦健康診査受診票及び産婦健康診査受診票の全部又は一部を使用できない者とする。

2 前項の規定にかかわらず、町長が特に必要と認める者は対象者とすることができる。

（助成の対象となる健診の内容及び助成金の額）

第3条 助成の対象となる健診内容及び回数は、対象者の妊娠又は産後期間に応じて別表に掲げるとおりとする。

2 助成金の額は、令和7年度の委託契約に定める額を上限とする。

3 町長は、第1項に規定する健診内容のうち、医師の判断により当該健診時に必要ないと認められたものについては、健診内容から除外することができる。

（助成の申請）

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、出産日（妊娠を終了した日）から6か月以内に令和7年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる中で必要な書類を添えて、町長に助成の申請をしなければならない。

- （1） 医療機関等が発行する当該健診の内容が分かる領収書
- （2） 未使用の妊婦一般健康診査受診票、多胎妊婦健康診査受診票
- （3） 使用済みの産婦健康診査受診票（健診結果が記載されたもの）
- （4） 母子健康手帳の当該健診を受診したことが分かる箇所の写し

（助成金の交付決定及び通知）

第5条 町長は、前条の規定による申請を受理したときは、速やかに審査し、助成の

可否及び助成金額を決定し、申請者に対し令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付決定通知書（様式第 2 号）又は令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金不交付決定通知書（様式第 3 号）により、その旨を助成申請者に通知するものとする。

（助成金の請求及び交付）

第 6 条 前条の交付決定通知を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、速やかに令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付請求書（様式第 4 号）を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項に規定する請求書の提出があった場合、その内容を適当と認めたときはその日から起算して 30 日以内に助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第 7 条 町長は、交付決定者が不正な手段により助成金の交付を受けた場合、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 町長は、前項の規定により助成金の交付決定を取り消した場合、当該取り消しに係る部分に関し、すでに助成金を交付しているときは、助成金の返還を命ずることができる。

3 前項の規定により助成金の返還を求められた者は、速やかに助成金を返還しなければならない。

（委任）

第 8 条 この告示に定めるもののほか、妊産婦健康診査費の助成金に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、令和 7 年 4 月 1 日から適用する。

別表（第3条関係）

	回数	受診時期	健診内容
妊婦一般健康診査	第1回	妊娠8週～	問診及び相談、体重・血圧測定、尿化学検査、血液型、グルコース（血糖値）、貧血検査、梅毒血清反応検査、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、HTLV-1抗体検査、HIV抗体検査、風疹ウイルス抗体検査、超音波検査 子宮頸がん検診（ベセスダシステム）
	第2回	18～22週	問診及び相談、体重・血圧測定、尿化学検査、超音波検査
	第3回	22～27週	問診及び相談、体重・血圧測定、尿化学検査、グルコース（血糖値）、貧血検査
	第4回	27～33週	問診及び相談、体重・血圧測定、尿化学検査、性器クラミジア検査、超音波検査
	第5回	33～38週	問診及び相談、体重・血圧測定、尿化学検査、貧血検査、GBS膺分泌検査、超音波検査
	第6・7 8・9 10・11 12・13 14回	受診時期・検査項目については、医療機関等が必要と認めるもの。	
多胎妊婦健康診査	追加第1回	第14回受診券使用後から出産までの期間に受診。検査項目については医療機関等が必要と認めるもの。	
	追加第2回		
	追加第3回		
	追加第4回		
	追加第5回		
産婦健康診査	第1回	産後2週間	1 問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等） 2 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等） 3 体重・血圧測定 4 尿検査（蛋白・糖） 5 産婦の精神状況について、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を用いた客観的なアセスメントを行う。 （EPDS未実施の場合は補助対象外。ただし、対象者が精神科に通院している場合等で精神状態の把握をしている場合を除く。受診票の所見内容にはその旨記載のこと。）。 ※本事業の対象となる者には、死産及び流産した者を含む。 ※健診結果は母子健康手帳（出産後の母体の経過等）に記入する。
	第2回	産後1か月	

令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

申請者

住 所

氏 名

電話番号

里帰り等の理由により県外の医療機関又は助産所で妊産婦健康診査を受診したため、関係書類を添えて、砥部町妊産婦健康診査費の助成を申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳等に関する情報を確認することに同意します。

回数	受診日	健診料金	申請額
第 1 回	年 月 日	円	円
第 2 回	年 月 日	円	円
第 3 回	年 月 日	円	円
第 4 回	年 月 日	円	円
第 5 回	年 月 日	円	円
第 6 回	年 月 日	円	円
第 7 回	年 月 日	円	円
第 8 回	年 月 日	円	円
第 9 回	年 月 日	円	円
第10回	年 月 日	円	円
第11回	年 月 日	円	円
第12回	年 月 日	円	円
第13回	年 月 日	円	円
第14回	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第 1 回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第 2 回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第 3 回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第 4 回）	年 月 日	円	円
多胎妊婦健診（追加第 5 回）	年 月 日	円	円
産婦健康診査（産後 2 週間）	年 月 日	円	円
産婦健康診査（産後 1 か月）	年 月 日	円	円
請求額の合計		円	

砥部町指令 砥保第 号
年 月 日

様

砥部町長 印

令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました令和 7 年度妊産婦健康診査費助成金交付申請について、令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

助成金額 金 円

砥部町指令

砥保第

号

年

月

日

様

砥部町長

印

令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金の交付については、下記の理由により不交付とすることに決定しましたので通知します。

記

不交付とした理由

様式第 4 号（第 6 条関係）

令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金交付請求書

年 月 日

砥部町長 様

請 求 者	住 所	〒
	ふりがな 氏 名	⑩
	電 話	()

年 月 日付け砥部町指令 砥保第 号で交付決定通知のありました
令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀 行 本 店 農 協 支 店 信用金庫 出張所					
預 金 種 別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人(※)		()		
口 座 番 号						

※請求者(交付決定者)と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。

委任状	
(宛先) 砥部町長 様	
年 月 日	
委任者（交付決定者）	
住所	
氏名 (署名又は記名押印)	
次の者に令和 7 年度砥部町妊産婦健康診査費助成金の受領を委任します。	
受任者（口座名義人）	
住所	
氏名	