

県外での受診における助成手続きについて

里帰り出産などにより、県外で妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査・拡大新生児スクリーニング検査
1か月児健診を受けたことにより、「砥部町の受診票」が使用できなかった方に、費用を助成します。

1か月児健診はR8.4.1以降の出生が対象

対象

砥部町に住民票があり、県外の医療機関などで妊婦健診・産婦健診・新生児聴覚検査・拡スク検査・
1か月児健診を受けた方

申請手続き時に必要なもの ◆ 申請期限 … 出産日または健診・検査日から6か月以内

共通	<input type="checkbox"/> 交付申請書	書類は子育て支援課に置いています(事前にお渡しもできます) 町ホームページにてダウンロードも可能
	<input type="checkbox"/> 交付請求書	
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	… 申請する健診や検査の結果が記入されているもの
	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書(原本) ◆コピー不可	<領収書に下記の内容が記載されていますか?> 受診した医療機関名・健診日または検査日・氏名・健診料金(治療費は除く) 但し書きとして【(申請する)健診費または検査費】と記載 ※明細書があれば、一緒にご持参ください
	<input type="checkbox"/> 妊婦または産婦の振込先口座がわかるもの	※申請者(妊婦または産婦)と口座名義人が異なる場合は、委任状の記入が必要
	<input type="checkbox"/> 印鑑(シャチハタ不可)	
妊婦健診	<input type="checkbox"/> 砥部町の「妊婦健康診査受診票」	… 未使用のもの
産婦健診	<input type="checkbox"/> 砥部町の「産婦健康診査受診票」	… 使用したもの ※健診時の問診・診察・体重・血圧測定・尿検査・産婦の精神状況について、医療機関が記載しているものが助成の対象
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 砥部町の「新生児聴覚検査受診票」	… 未使用のもの ※ABR検査のみ、助成の対象
拡スク検査	砥部町の受診票はありません。「共通」の中の母子手帳と医療機関の領収書が必要です	
1か月児健診	<input type="checkbox"/> 砥部町の「1か月児健康診査受診票」	… 未使用のもの

申請先・申請の流れなど

砥部町子育て支援課に申請してください(代理申請も可能)

申請後は、審査を行った結果により「交付決定通知書」または「不交付決定通知書」を送付します。
交付決定者には、申請のあった助成金を口座振込いたします。

申請に来られる日を前もって
ご連絡いただくと助かります

注意事項

- ◆ 複数回受診した場合は、それぞれの健診・検査ごとに支払った費用について、砥部町が定める助成上限額の範囲での請求となります。原則として、助成を希望する健診・検査全てが終了した後に申請手続きを行ってください。
- ◆ 出産日または健診・検査日から6か月を経過したものについては請求できませんので、ご注意ください。

記入例 お母さんの健診、お子さんの検査・健診ごとにあります。日付・金額は空欄にしてください。

様式第1号（第4条関係）

妊婦健康診査費助成金交付申請書

~~年 月 日~~

申請・請求者
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

里帰り等の理由により砥部町外の医療機関又は助産所で妊婦健診を受診したため、関係書類を添えて、砥部町妊婦健康診査費の助成申請をします。
なお、この申請に必要な住民基本台帳等に関する情報、妊婦健診の内容を砥部町長が医療機関等に確認することに同意します。

回数	受診日	診査料金	請求額
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
請求額の合計			円

日付は空欄

申請・請求者： 妊婦・産婦本人で記入

金額は空欄

様式第4号（第6条関係）

妊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	_____ (印)		
	生年月日	昭・平	年 月 日	
	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妊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)	(カタカナ)
口座番号	口座名義人(※)		

※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)

次の者に砥部町妊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 _____

日付は空欄

請求者(受給者)： 妊婦・産婦本人で記入
印鑑(シャチハタ不可)

金額は空欄

妊婦・産婦本人の振込口座

請求者または受給者と振込口座名義人が異なる場合は、委任状の記入をお願いします。