

函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、単胎妊娠の場合よりも頻回の妊婦健康診査受診が推奨され、受診に伴う経済的負担が大きくなる多胎児を妊娠した妊婦（以下「多胎妊婦」という。）に対し、標準的な妊婦健康診査（北海道が定めた健康診査実施要綱に基づく妊婦一般健康診査。）以外に受診した健康診査（以下「健康診査」という。）にかかる費用の一部を助成することで、多胎妊婦の負担軽減を図り、安定した妊娠・出産につなげることを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市（以下「市」という。）とする。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、健康診査を受診する日において函館市内に住所を有する多胎妊婦（配偶者等からの暴力の被害により避難している状況にあり、現に函館市内に居住していながら、やむを得ず住民登録することができないと認められた者、その他特に市長が必要と認めた者を含む）とする。

(対象となる費用)

第4条 助成の対象となる費用は、医療機関または助産所において受診した健康診査の費用とする。ただし、次の各号に掲げるものについては助成の対象としない。

- (1) 医療保険各法が適用される診療費
- (2) 健康診査に伴わない保険外診療で支払った検査費等
- (3) 日本国外で受診した健康診査費
- (4) 教材費、文書料、予防接種等、健康診査に直接関係しない費用

(助成金の額および回数)

第5条 助成金の額は、健康診査1回につき5,000円を上限とし、多胎妊婦一人あたり5回まで助成する。

(助成金の交付申請)

第6条 助成を受けようとする者は、原則として最終受診日から起算し

て1年以内に、次の各号に定める書類を市長に提出しなければならない。

(1) 函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金交付申請書（別記第1号様式）

(2) 健康診査の領収書および明細書

(3) 母子健康手帳の「妊娠中の経過」および「出生届出済証明」の写し

（助成金の交付決定）

第7条 市長は、前条の申請があった場合において、当該申請の内容を審査し、適当と認めるときは助成金の交付の決定を行い、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金交付決定通知書（別記第2号様式）により、適当でないとき認めるときは助成金の不交付を決定し、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金不交付決定通知書（別記第3号様式）により、申請者にそれぞれ通知するものとする。

2 市長は、虚偽の申請その他不正の行為により助成を受けた者に対し、当該助成金の交付の決定の全部または一部を取り消し、助成した額の返還を命ずることができる。

（その他）

第8条 本要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別記第1号様式（第6条関係）

函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

函館市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

このことについて、多胎妊娠の妊婦健康診査にかかる費用の助成に関し、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請いたします。

なお、交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会、提供および医療機関等に対する健康診査等の実施の有無等にかかる情報の照会について同意いたします。

助成金	健診受診日		健診費用 (A)	助成上限額 (B)	助成金申請額 (A)と(B)の いずれか少ない額
	1回目	年 月 日	円	5,000円	円
2回目	年 月 日	円	5,000円	円	
3回目	年 月 日	円	5,000円	円	
4回目	年 月 日	円	5,000円	円	
5回目	年 月 日	円	5,000円	円	
助成申請金額					円
振込先	金融機関	銀行・信用金庫		本店	
		農協・労働金庫		支店	
※	ふりがな		口座 番号	普通・当座	
	口座名義人				

※申請者本人名義以外の口座への振込みには、裏面の委任状への記入・押印が必要となります。

【添付書類】

- 健康診査の領収書および明細書の原本
- 母子手帳の「妊娠中の経過」および「出生届出済証明」の写し

委任状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用の助成について、次のとおり決定したので、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第7条の規定により通知します。

記

- 1 この助成金の交付の対象となる経費および助成金の額は、次のとおりです。

助成対象経費	助成金の額
円	円

- 2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この助成金の交付の決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに係る部分に関し既に交付された助成金があるときは、その返還を命ずることがあります。
- 3 助成金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付額を控除した額）につき年 10.95 パーセントの割合で計算した違約延滞金を市に納付しなければなりません。

（ 函館市子ども未来部母子保健課
Tel 0138-32-1533
Fax 0138-32-1506 ）

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用の助成について、助成しないことと決定したので、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第7条の規定により通知します。

不交付の理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

函館市子ども未来部母子保健課
Tel 0138-32-1533
Fax 0138-32-1506