

美咲町産婦健康診査事業実施要綱

令和4年3月30日告示第26号

(目的)

第1条 この告示は、出産後間もない時期の産婦に対し、母体の身体的機能の回復、授乳状況及び精神状態を把握するための健康診査（以下「産婦健診」という。）を実施し、産婦の健康管理及び産後ケアを行うことにより、産後うつ等の予防及び早期発見並びに新生児への虐待を予防することを目的とする。

(健診の種類)

第2条 産婦健診の回数、時期及び受診項目は、別表のとおりとする。

(対象者)

第3条 補助の対象となる者（以下「対象者」という。）は、産婦健診の受診の日において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく本町の住民票に記載されている産婦であって、母子健康手帳の交付を受けている者とする。

(産婦健診の実施及び業務委託)

第4条 産婦健診は、県内指定医療機関及び助産所等（以下「県内指定医療機関」という。）で行うものとする。この場合において、町長は、県内指定医療機関への補助金の支払に係る事務を岡山県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に委託するものとする。

(補助金額)

第5条 産婦健診に要する費用の補助の額は、産婦1人につき1回5,000円を限度とする。ただし、1回の支払額が5,000円に満たない場合は、当該支払額を限度とする。

(受診票の交付)

第6条 町長は、対象者に対し、別表に規定する受診項目を含む産婦健康診査受診票（以下「受診票」という。）を交付するものとする。

2 町長は、町外からの転入者が対象者であることを確認したときは、産婦健診の受診状況等を確認し、必要があると認めたときは、受診票を交付するものとする。

(受診方法)

第7条 前条の規定により、受診票の交付を受けた産婦は、県内指定医療機関に当該受診票及び母子健康手帳を提出し、産婦健診を受診するものとする。

2 受診票は、1回の産婦健診につき1枚を使用することができる。

(補助金の支払)

第8条 町長は、産婦健診の補助金について、県内指定医療機関での受診については、連合会を経由して県内指定医療機関に支払うものとする。

(県内指定医療機関以外の受診の補助)

第9条 町長は、第4条前段の規定にかかわらず、里帰り分べん等により県内指定医

療機関以外の医療機関（日本国内の医療機関に限る。）（「県外医療機関等」という。）で受診した産婦健診（以下「委託外健診」という。）の費用について補助することができる。

- 2 県外医療機関等で受診する場合は、美咲町産婦健康診査県外医療機関（助産所等）受診申請書（様式第1号）を提出し、美咲町産婦健康診査依頼票（様式第2号）を交付するものとする。

（委託外健診の補助申請）

- 第10条 前条の規定による委託外健診の助成を受けようとする者は、美咲町産婦健康診査費補助金交付申請書兼請求書（様式第3号）に次に掲げる書類を添付して町長に提出するものとする。

- （1） 医療機関が発行する産婦健診に要した費用に係る領収書又はこれを証する書類

- （2） 美咲町産婦健康診査依頼票（様式第2号）

- （3） その他町長が必要と認める書類

- 2 前項に規定する申請は、受診の日から起算して1年以内に行わなければならない。ただし、町長が特別な理由があると認める場合は、この限りでない。

（委託外健診の補助金の交付決定）

- 第11条 町長は、前条第1項の規定による申請を受けたときは、当該申請の内容を審査の上補助の可否を決定し、美咲町産婦健康診査費補助金交付（不交付）決定通知書（様式第4号）により委託外健診の補助申請者に通知するものとする。

- 2 町長は、前項の規定により補助の決定をしたときは、速やかに、美咲町補助金等交付規則第15条の規定により、補助金等額の確定をするとともに、補助金を支払うものとする。

（補助金の返還）

- 第12条 偽りその他不正の手段によりこの告示の規定による補助を受けた者があるときは、町長は、交付の決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部又は一部を返還させることができる。

（事後指導）

- 第13条 県内指定医療機関は、産婦健診の結果に基づいて、適正な指導を行うとともに母子健康手帳に健診結果及び指導事項を記入し、連合会を通じて町に報告するものとする。

- 2 町長は、前項の報告を受けたときは、支援が必要と認められる産婦に対して、庭訪問等の支援を行うものとする。

（その他）

- 第14条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成30年10月1日から適用する。

附 則（令和4年3月30日告示第26号）
この告示は、令和4年4月1日から施行する。

別表（第2条及び6条関係）

健診名	受診回数	受診の時期	受診項目目安
産婦健診	2回を限度とする	概ね産後2週間から 概ね産後1か月まで (産後8週間まで)	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） 診察（子宮復古状態、悪露、 乳房の状態等） 体重、血圧測定 尿検査（蛋白・糖等） エジンバラ産後うつ病質 問票（EPDS）

美咲町長 様

美咲町産婦健康診査 県外医療機関(助産所等)受診申請書（交換申請書）

つぎのとおり産婦健康診査について、県外医療機関（助産所等）で受診を希望するため、該当する産婦健康診査依頼票を返却し、県外医療機関（助産所等）用依頼票の交付を申請します。

申請者 ※1)	フリガナ	住所	電話：() -
	(氏名) (生年月日 年 月 日)		
受診者 (産婦) ※2)	・申請者との続柄:本人・その他 () フリガナ	住所	・申請者に同じ 電話：() -
	(氏名) (生年月日 年 月 日)	滞在先	() 様方 電話：() -
	(出産予定日または出産日 年 月 日)		
受診予定 医療機関 助産所等 ※3)	(所在地) (名称) (電話) () - ・受診医療機関・助産所等未定	申請理由	<ul style="list-style-type: none"> ・里帰り出産のため ・その他 ・助産所等希望
交換を申請 する依頼票 を○でかこ み、合計枚 数を欄内に 記入してく ださい。 ※4)	<input type="checkbox"/> 県外医療機関用		町処理欄 枚
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査依頼票	合計枚数	
	第1回		
	第2回		
<input type="checkbox"/> 県外の助産所等		合計枚数	枚
産婦健康診査依頼票（県外助産所等用）			
第1回			
第2回			
美咲町処理欄	<ul style="list-style-type: none"> ・チェック欄 <input type="checkbox"/> 返還された依頼票と右側の処理欄の枚数があるか？ <input type="checkbox"/> 交付する専用の依頼票に回数を記入しているか？ <input type="checkbox"/> 今後の手続について、説明したか？ 	健康推進課処理欄	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 交付枚数はあっているか？ <input type="checkbox"/> 台帳に記入したか？
 受付印	受付担当者名：	 受付印	

※太枠の中をご記入ください。

様式第2号（第9条関係）

美咲町産婦健康診査依頼票（県外医療機関又は助産所等用）

第（ ）回

氏名 <small>(本人が記入)</small>	(フリガナ)	住所 <small>(本人が記入)</small>	美咲町
	(生年月日) 年 月 日		※発行日現在の住民登録上の住所
第1、2回 健診項目	問診及び診察／体重・血圧測定／尿検査（蛋白・糖）／エジンバラ産後うつ病質問票		
<p>上記の者について、産婦健康診査を実施していただきますようお願いします。 なお、当該健康診査に係る費用は受診者本人から徴収し、下記領収金額欄に記入するとともに領収書を本人へ発行してください。</p> <p>受診医療機関の長 様 美咲町長</p>			
<p>※1 以下医療機関又は助産所等で記入してもらってください。</p>			
健診年月日	年 月 日	産後	週間
総合判定	1. 異常なし 2. 経過観察（ ） 3. 要精密検査（ ） 4. 要治療（ ）	その他：	
産婦への指導事項	1. 栄養と体重管理 2. 母乳指導 3. 育児指導 4. その他（ ）	※1 領収金額： _____ 円	
市町村への連絡事項	市町村からの支援の必要性 有 無 →有の場合、市町村へ連絡 未 済 （連絡月日： 月 日） 1. 妊娠中からの気になる母子支援連絡票 2. ハイリスク妊産婦連絡票 （診療情報提供書） 3. その他（ ）		
美咲町長 様		年 月 日	
上記産婦の産婦健康診査の結果は上記のとおりでした。		医療機関又は助産所等所在地 医療機関又は助産所等 医師又は助産師氏名（署名） （自署する場合は、押印不要）	

（注意事項）

- ※1 県外医療機関の方へ
健診結果と領収金額欄（太枠内）は受診した医療機関が記入してください。
『健診項目』にかかる費用のみ領収金額として記載してください。
- ※2 健診に係る費用は受診者本人から徴収し、必ず領収書を発行してください。
- ※3 申請者への注意：領収書とこの券は、紛失しないように保管し、最後の産婦健診終了後、まとめて美咲町で
 手続してください。
 この券の使用前に、美咲町外へ転居（住民票を移動）したときは、この券は使用できません。
 転出先の市町村によって産婦健診制度が異なりますので、移転先の市町村役場へお問い合わせください。
 本票は、本人以外使用できません。
- ※4 その他不明な点があれば美咲町役場健康推進課（TEL0868-66-1195）へお問い合わせください。
 転出先の市区町村担当者へ：この券は産婦健診の受診券の代わりに交付しているものです。

美咲町長 様

美咲町産婦健康診査費補助金交付申請書兼請求書

次のとおり、産婦健康診査を県外医療機関・助産所等で受診したため、美咲町産婦健康診査費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、交付決定された補助金を請求します。

申請者 ※1)	氏名 (フリガナ)			住所	〒	-	
		生年月日	年 月 日		電話 ()	-	
受診者 (産婦) ※2)	氏名 (フリガナ)	・申請者との続柄:本人・()		住所	〒	-	
		生年月日	年 月 日		電話 ()	-	
内訳※ 3)	健診種別			受診枚数(A)	1枚あたりの 上限額 (B)	(A) × (B)	
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (第1回)						
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (第2回)						
	支払金額合計 (C)			円	公費負担限度額 合計 (D)	円	
申請金額 (償還決定額)					金 _____ 円		
※(C)と(D)を比較し、低い方の額							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所・支所			
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	()			
	口座番号						(←左詰で記入)

※振り込み先は、原則として産婦さん本人の名義を記入してください。

受理年月日	産婦第1回	産婦第2回		
	枚	枚		
	決定年月日		決定	受付職員氏名
	年 月 日	承認 ・ 不承認		

※太枠の中を記入してください。

○記入上の注意点

- ※1) 振り込み先は、原則として産婦本人名義を記入してください。
- ※2) 県外で健診を受けた産婦本人が申請者である場合は、受診者氏名欄申請者との続柄の本人に○、住所欄の「・申請者に同じ」に○し、受診者氏名・住所欄の記入を省略してよい。
- ※3) 県外で受診し、今回請求する健診のみチェックし、記入すること。
- ※4) 県外で受診するすべての健診が終了した後まとめて、速やかに申請してください。
- ※5) 領収書と医療機関 (又は助産所等) で結果を記入済みの県外用依頼票を一緒に提出してください。

様式第4号（第11条関係）

美咲町指令 第 号
年 月 日

様

美咲町長

美咲町産婦健康診査費補助金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで交付申請のありました美咲町産婦健康診査費補助金については、次のとおり決定しましたので、美咲町産婦健康診査事業実施要綱第11条の規定により通知します。

記

- 1 交付決定
補助金交付決定額 金 円
- 2 不交付決定
理由