

塩谷町告示第 77 号

塩谷町妊産婦健康診査実施要綱の一部を改正する告示をここに公布する。

令和 6 年 4 月 25 日

塩谷町長 見形 和久

塩谷町妊産婦健康診査実施要綱の一部を改正する告示

令和6年4月25日

告示第15号

塩谷町妊産婦健康診査実施要綱(平成29年塩谷町告示第10号)の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正前	改正後
<p>塩谷町妊産婦_____健康診査実施要綱</p> <p>(目的)</p> <p>第1条 この要綱は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第13条に規定する妊産婦_____に対する健康診査(以下「妊産婦健診」という。)_について必要な事項を定め、_____</p> <p>_____経済的負担の軽減を図ることにより、定期的な妊産婦健診の受診機会を提供し、もって安心安全な妊娠及び出産並びに心身にゆとりを持った育児を支援することを目的とする。</p> <p>(実施主体)</p> <p>第2条 妊産婦健診の実施主体は、塩谷町(以下「町」という。)とする。</p>	<p>塩谷町妊産婦及び乳児健康診査実施要綱</p> <p>(目的)</p> <p>第1条 この要綱は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第13条に規定する妊婦及び産婦(以下「妊産婦」という。)並びに乳児に対する健康診査(以下「健康診査」という。)_について必要な事項を定め、<u>異常の早期発見及び早期治療を促進するとともに、妊産婦及び乳児の健康の保持・増進を図ること、また経済的負担の軽減を図ること</u>_____</p> <p>_____を目的とする。</p> <p>(実施主体)</p> <p>第2条 <u>健康診査</u>の実施主体は、塩谷町(以下「町」という。)とする。</p> <p>(定義)</p> <p>第3条 <u>この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるものとする。</u></p>

(対象者)

第3条 妊産婦健診の対象者は、塩谷町に住所を有する妊産婦 \_\_\_\_\_  
(以下「妊産婦\_\_」という。)とする。

(委託医療機関)

第4条 町は妊産婦健診を実施するにあたり、委託に関する内容や費用等  
に関し、一般社団法人栃木県医師会、栃木県病院協会に属する医療機  
関(以下「県内医療機関」という。)と事前に書面をもって委託契約を  
締結するものとする。

2 妊産婦\_\_は、前項の規定に基づき県内医療機関において健康診査を受  
診するものとする。ただし、妊産婦等の都合により県内医療機関での  
受診が困難であると町が認めた場合においては、県内医療機関以外の  
医療機関(以下「委託外医療機関」という。)を受診する。

(妊産婦健診の実施時期、回数及び内容)

第5条 妊産婦健診の実施時期、回数及び内容は別表1に示すとおりとす  
る。なお、産婦健診は、産後50日以内に行うものとする。

(受診票の交付)

第6条 町は、母子保健法第15条の規定に基づく妊娠届出書(様式第1号)  
を受理したときは、\_\_\_\_\_母子健康手帳と別表1により必要な妊産婦健  
康診査受診票(以下「受診票」という。)

(1) 妊婦 妊娠中の者

(2) 産婦 出産後1年以内の者

(3) 乳児 1歳に満たない者

(対象者)

第4条 健康診査の対象者は、塩谷町に住所を有する妊産婦及び乳児  
(以下「妊産婦等」という。)とする。

(委託医療機関)

第5条 町は健康診査を実施するにあたり、委託に関する内容や費用等  
に関し、一般社団法人栃木県医師会 \_\_\_\_\_に属する医療機  
関(以下「県内医療機関」という。)と事前に書面をもって委託契約を  
締結するものとする。

2 妊産婦等は、前項の規定に基づき県内医療機関において健康診査を受  
診するものとする。ただし、妊産婦等の都合により県内医療機関での  
受診が困難であると町が認めた場合においては、県内医療機関以外の  
医療機関(以下「委託外医療機関」という。)を受診する。

(健康診査の実施時期、回数及び内容)

第6条 健康診査の実施時期、回数及び内容は別表1に示すとおりとす  
る。なお、産婦健康診査は、産後50日以内に行うものとする。

(受診票の交付)

第7条 町は、母子保健法第15条の規定に基づく妊娠届出書(様式第1号)  
を受理したときは、妊婦に母子健康手帳と \_\_\_\_\_妊産婦健  
康診査受診票、産後2週間健康診査受診票、産後1か月健康診査受診票

\_\_\_\_\_を交付するものとする。

- 2 町は、町外からの転入者が妊産婦健診の対象者であると確認した場合、あるいは前項の規定による受診票\_\_\_\_\_の交付を受けた者が受診票の紛失又は汚損による再交付の申請をした場合は、妊産婦健康診査受診票交付申請書(様式第2号)を提出させ内容を審査し適当と認めた場合は、別表1により必要な受診票を交付するものとする。

(妊産婦健診の受診)

第7条 妊産婦健診を受診しようとする妊産婦\_\_は、県内医療機関又は委託外医療機関に受診票及び母子健康手帳を提出し所定の診査を受けるものとする。

(妊産婦健診費用)

第8条 妊産婦健診に要する費用については町が、別表1のとおり負担するものとする。

(委託料の請求)

第9条 (略)

(委託外医療機関受診の場合の助成)

第10条 妊産婦\_\_が、第4条第2項の規定に基づき健康診査を受診し助成を受けようとする場合、受診に要した費用は妊産婦\_\_が一時負担し、妊産婦健康診査助成申請書(様式第3号)に、健診診査に係る医療機関発行の領収書及び受診票を添付し、一年以内に町に申請するものとする。

- 2 町は、前項の規定に基づく助成の申請があったときは、その内容を審

及び1か月児健康診査受診票を交付するものとする。

- 2 町は、町外からの転入者が健康診査の対象者であると確認した場合、あるいは前項の規定による受診票(以下、「受診票」という。)の交付を受けた者が受診票の紛失又は汚損による再交付の申請をした場合は、\_\_\_\_\_健康診査受診票交付申請書(様式第2号)を提出させ内容を審査し適当と認めた場合は、別表1により必要な受診票を交付するものとする。

(健康診査の受診)

第8条 健康診査を受診しようとする妊産婦等は、県内医療機関又は委託外医療機関に受診票及び母子健康手帳を提出し所定の診査を受けるものとする。

(健康診査費用)

第9条 健康診査に要する費用については町が、別表1のとおり負担するものとする。

(委託料の請求)

第10条 (略)

(委託外医療機関受診の場合の助成)

第11条 妊産婦等が、第5条第2項の規定に基づき健康診査を受診し助成を受けようとする場合、受診に要した費用は妊産婦等が一時負担し、\_\_\_\_\_健康診査助成申請書(様式第3号)に、健診診査に係る医療機関発行の領収書及び受診票を添付し、1年以内に町に申請するものとする。

- 2 町は、前項の規定に基づく助成の申請があったときは、その内容を審

査し適当と認めた場合は、第8条に規定する委託料を上限として、当該請求に係る助成額を決定し助成するものとする。

3 (略)

(記録の整備)

第11条 町は、受診票の交付状況と健診診査の受診状況を記録する母子健康手帳・妊産婦健康診査受診票交付台帳(様式第4号)を整備するものとする。

(事後指導)

第12条 町は、妊産婦健診を実施した医療機関と連携を密にし、必要に応じて事後指導を行うものとする。

(個人情報の保護)

第13条 (略)

(その他)

第14条 (略)

別表第1(第5条関係)

健康診査の区分		上限とする額
妊婦健康診査	第1回	20,000円
	第2回	5,000円
	第3回	5,000円
	第4回	5,000円
	第5回	5,000円

査し適当と認めた場合は、第9条に規定する委託料を上限として、当該請求に係る助成額を決定し助成するものとする。

3 (略)

(記録の整備)

第12条 町は、受診票の交付状況と健診診査の受診状況を記録する母子健康手帳・\_\_\_\_\_健康診査受診票交付台帳(様式第4号)を整備するものとする。

(事後指導)

第13条 町は、健康診査を実施した医療機関と連携を密にし、必要に応じて事後指導を行うものとする。

(個人情報の保護)

第14条 (略)

(その他)

第15条 (略)

別表第1(第5条関係)

健康診査の区分		上限とする額
妊婦健康診査	第1回	20,000円
	第2回	5,000円
	第3回	5,000円
	第4回	5,000円
	第5回	5,000円

	第6回	5,000円		第6回	5,000円
	第7回	5,000円		第7回	5,000円
	第8回	11,000円		第8回	11,000円
	第9回	5,000円		第9回	5,000円
	第10回	5,000円		第10回	5,000円
	第11回	9,000円		第11回	9,000円
	第12回	5,000円		第12回	5,000円
	第13回	5,000円		第13回	5,000円
	第14回	5,000円		第14回	5,000円
産婦健康診査	第1回	5,000円	産婦健康診査	第1回	5,000円
	第2回	5,000円		第2回	5,000円
			1か月児健康診査		5,000円
様式第1号(第6条関係)			様式第1号(第7条関係)		
(略)			(略)		
様式第2号(第6条関係)			様式第2号(第7条関係)		
(略)			(略)		
様式第3号(第10条関係)			様式第3号(第11条関係)		
(略)			(略)		
様式第4号(第11条関係)			様式第4号(第12条関係)		
(略)			(略)		

附 則

この告示は、公布の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

妊 娠 届 出 書

マイナンバー

母子健康手帳交付番号

妊婦氏名		生年月日	( 歳)	職業	
夫の氏名		生年月日	( 歳)	職業	
世帯主名		電話番号			
住 所	塩谷町大字				
出産予定日		妊娠週数	週		
妊娠回数	今回も含む 回		出産回数	回	
妊娠の診断並びに保健指導を受けた 医師(医療機関)又は助産師氏名		病院名			
		医師または 助産師氏名			
性病に関する 健康診断	受けた ・ 受けない		結核に関する 健康診断	受けた ・ 受けない	
上記のとおり届出をいたします。					
年 月 日					
妊婦氏名					
印					
塩谷町長 様					

<申請方法>

項 目	持参するもの	申 請 先
①母子健康手帳 ②妊産婦健康診査受診票 ③1か月児健康診査受診票	・妊娠届出書 ・印鑑	塩谷町役場 健康生活課
④妊産婦医療受資格者証	・保険証 ・印鑑 ・普通預金通帳	

お問い合わせ先

塩谷町役場 健康生活課

TEL0287-45-1119

### 健康診査受診票交付申請書

\_\_\_\_\_年 月 日

塩谷町長 様

申請者 住所 塩谷町大字 \_\_\_\_\_ 番地  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日生  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

1 交付の理由 (あてはまるものに○をつけて下さい)

- ア 他市町からの転入 (前住市町名 : \_\_\_\_\_ )
- イ 紛失または汚損
- ウ その他 ( \_\_\_\_\_ )

2 交付枚数 ・ 妊婦健康診査受診票

第 \_\_\_\_\_ 回目 から 第 \_\_\_\_\_ 回目 ( \_\_\_\_\_ 枚)

・ 産婦健康診査受診票

第 \_\_\_\_\_ 回目 から 第 \_\_\_\_\_ 回目 ( \_\_\_\_\_ 枚)

・ 1か月児健康診査受診票

児氏名 \_\_\_\_\_

児生年月日 \_\_\_\_\_

3 その他 (特記事項)


妊婦健康診査助成申請書

年 月 日

塩谷町長 様

住 所 塩谷町大字

申 請 者  
(本人)

氏 名

印

電 話

妊婦健診 受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	塩谷町大字					
助成金のお支払い先 (お支払いする金額は、指定の金融機関へ振り込みますので、口座情報を右に記入してください。)		金融機関名	銀行			支店	
		口座番号	普通				
		フリガナ					
		口座名義人					
受診医療 機 関	所在地				健 診 受 診 日		
					年 月 日		
※医療機関 で記入して ください。	名 称 代表者 氏 名	印			妊 婦 健 康 診 査		
					第 回		

\*この申請書には、医療機関に支払った額の領収書と、妊婦健康診査受診票を添付してください。

\*この請求は健診日の属する月の翌月の初日から1年以内に申請してください。

\*ここからは、記入しないでください。

決 裁	課長	主幹	課長補佐	担当	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
審 査	承 認			支給金額	円	
	不承認の理由					

産婦健康診査助成申請書

年 月 日

塩谷町長 様

住 所 塩谷町大字

申 請 者  
(本人)

氏 名

印

電 話

産婦健診 受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	塩谷町大字					
助成金のお支払い先 (お支払いする金額は、指定の金融機関へ振り込みますので、口座情報を右に記入してください。)		金融機関名	銀行			支店	
		口座番号	普通				
		フリガナ					
		口座名義人					
受診医療 機 関	所在地				健 診 受 診 日		
					年 月 日		
※医療機関 で記入して ください。	名 称 代表者 氏 名	印			産 婦 健 康 診 査		
					第 回		

\*この申請書には、医療機関に支払った額の領収書と、産婦健康診査受診票を添付してください。

\*この請求は健診日の属する月の翌月の初日から1年以内に申請してください。

\*ここからは、記入しないでください。

決 裁	課長	主幹	課長補佐	担当	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
審 査	承 認			支給金額	円	
	不承認の理由					

1か月児健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

塩谷町長 様

申請者 住所 塩谷町大字  
氏名

印

助成 対象者	住 所	塩谷町大字			受診児との続柄
	フリガナ				
	氏 名				
受診児	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名	(男・女)			年 月 日
右の口座 に振り込 んでくだ さい。	金融機関名	支 店 名 店名読み(カタカナ)	口座の 種 類	口 座 番 号	フリガナ 口座名義
			普 通 当 座		

\* この申請書には、医療機関に支払った額の領収書を添付してください。

受診済票（医療機関で記入してください。）

受診 医療 機関	所在地	健 診 受 診 日
	名称 代表者 氏 名	
	印	

\* ここからは記入しないでください。

決 裁	課 長	課長補佐	副 主 幹	担 当	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
審 査	承認			支 給 金 額	円	
	不承認 の理由					

母子手帳・妊産婦健康診査共通事項					妊婦一般健康診査関係						入力 状況	
交付 番号	交付年月日 年 月 日			職業	回数	受診日 年. 月. 日	医療機関	回数	受診日 年. 月. 日	医療機関		
	妊娠した者の氏名			生年月日 年 月 日	①	. .		⑧	. .			
	住所				②	. .		⑨	. .			
	TEL				③	. .		⑩	. .			
	妊娠届出	初・経産 別	初 経	妊娠週数 週	④	. .		⑪	. .			
	分娩予定日 年 月 日				⑤	. .		⑫	. .			
	医療機関名			健康診断 性病 結核	⑥	. .		⑬	. .			
	医師名				⑦	. .		⑭	. .			
	出産日 年 月 日				産婦健康診査							
					①	. .		②	. .			
	転入・転出 年 月 日				1か月児健康診査							
					①			/				
母子手帳・妊産婦健康診査共通事項					妊婦一般健康診査関係							入力 状況
交付 番号	交付年月日 年 月 日			職業	回数	受診日 年. 月. 日	医療機関	回数	受診日 年. 月. 日	医療機関		
	妊娠した者の氏名			生年月日 年 月 日	①	. .		⑧	. .			
	住所				②	. .		⑨	. .			
	TEL				③	. .		⑩	. .			
	妊娠届出	初・経産 別	初 経	妊娠週数 週	④	. .		⑪	. .			
	分娩予定日 年 月 日				⑤	. .		⑫	. .			
	医療機関名			健康診断 性病 結核	⑥	. .		⑬	. .			
	医師名				⑦	. .		⑭	. .			
	出産日 年 月 日				産婦健康診査							
					①	. .		②	. .			
	転入・転出 年 月 日				1か月児健康診査							
					①			/				