

砂川市訓令第19号

令和7年4月1日

砂川市妊婦一般健康診査費用助成事業実施要綱の一部を改正する訓令を次のように定める。

砂川市長 飯 澤 明 彦

( 別 紙 )

砂川市妊婦一般健康診査費用助成事業実施要綱の一部を改正する訓令

砂川市妊婦一般健康診査費用助成事業実施要綱（平成27年訓令第29号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

砂川市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査費用助成事業実施要綱

第1条中「妊婦健康診査」を「妊産婦に対する健康診査」に、「妊娠に」を「妊娠及び産後に」に、「妊婦」を「妊産婦」に、「安全な妊娠及び出産を確保する」を「妊産婦の健康の保持増進を図る」に改める。

第2条中「妊婦」を「妊産婦」に改める。

第3条中「実施について」を「実施機関」に改め、「助産所」の次に「（以下「協定医療機関等」という。）」を加え、「妊婦」を「妊産婦」に、「協定を締結していない医療機関等」を「北海道が協定を締結していない医療機関及び助産所（以下「協定外医療機関等」という。）」に、「当該医療機関等との間で個別に委託契約を締結し行うものとする」を「当該協定外医療機関等が個別に委託契約を締結することにより健康診査の実施機関とみなす」に改める。

第4条第1号中「医療機関等」を「協定医療機関等」に改め、「超音波検査6回」の次に「並びに産婦健康診査2回」を加え、「とする」を「を限度とする」に改める。

第5条中「受診票」の次に「（実施要領に定める妊婦一般健康診査受診票（以下「妊婦健診受診票」という。）及び産婦健康診査受診票をいう。以下同じ。）」を、「別記第3号様式」の次に「。以下これらを「補助券」という。」を加え、同条第1号中「受診票及び補助券（以下「受診票等」という。）」を「妊婦健診受診票及び補助券」に、「受診票等」を「受診票及び補助券（以下「受診票等」という。）」に、「受診票及び妊婦週数」を「妊婦健診受診票及び妊娠週数」に改め、同条第5号中「妊婦健康診査受診票交付台帳」を「妊産婦健康診査受診票交付台帳」に改める。

第6条第2号中「医療機関及び助産所」を「協定外医療機関等」に改める。

第7条第1号中「医療機関及び助産所」を「第3条に規定する実施機関」に改め、「妊婦一般健康診査委託費請求書」の次に「（実施要領に定める妊婦一般健康診査委託費請求書をいう。）」を、「別記第4号様式」の次に「及び砂川市産婦健康診査委託費請求書（別記第4号様式の2）」を加え、同条第2号中「医療機関及び助産所」を「同号に規定する実施機関」に改める。

第8条第1項中「医療機関及び助産所」を「協定外医療機関等」に改め、「別記第5号様式）」の次に「又は砂川市産婦健康診査費用助成金交付申請書（別記第5号様式の2）」を加え、同条第2項中「第6条」を「第6条第2号」に改め、同条第3項中「別記第6号様式）」の次に「又は砂川市産婦健康診査費用助成金交付決定通知書（別記第7号様式）」を加える。

別記第4号様式の次に次の1様式を加える。

別記第5号様式を次のように改める。

別記第5号様式の次に次の1様式を加える。

別記第6号様式を次のように改める。

別記第6号様式の次に次の1様式を加える。

#### 附 則

この訓令は、令和7年4月1日から施行する。

# 砂川市産婦健康診査委託費請求書

( 年 月分)

補助券の種類		単 価	請 求 件 数	請 求 金 額
内 訳	産 後 2 週 前 後	円	件	円
	産 後 1 ヶ 月 前 後	円	件	円
			請求額合計	円

上記のとおり請求します。

年 月 日

砂川市長

様

医療機関の住所

医療機関の名称

代 表 者 名

印

( TEL :

)

## 委託医療機関の取引銀行名、口座番号等

( )銀行	・当 座 ・普 通	(フリガナ) 口座名義人	
( )支店		口座番号	

別記第5号様式(第8条関係)

砂川市妊婦一般健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住 所

氏 名

砂川市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、妊婦一般健康診査費用助成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。

ふりがな		生年月日		年 月 日	
妊婦(産婦)氏名					
住 所		〒 砂川市		電話番号	
出産(予定)年月日		年 月 日			
滞 在 先 住 所		〒		電話番号	
受診医療機関 又は助産所		名称 住所		電話番号	
回 数		受 診 日		(a)健康診査費	
				(b)助成限度額	
				申請額	
				(a)と(b)の低い方の額	
1回目	8週前後	年 月 日	円	円	円
2回目	12週前後	年 月 日	円	円	円
3回目	16週前後	年 月 日	円	円	円
4回目	20週前後	年 月 日	円	円	円
5回目	24週前後	年 月 日	円	円	円
6回目	26週前後	年 月 日	円	円	円
7回目	28週前後	年 月 日	円	円	円
8回目	30週前後	年 月 日	円	円	円
9回目	32週前後	年 月 日	円	円	円
10回目	34週前後	年 月 日	円	円	円
11回目	36週前後	年 月 日	円	円	円
12回目	37週前後	年 月 日	円	円	円
13回目	38週前後	年 月 日	円	円	円
14回目	39週前後	年 月 日	円	円	円
15回目 以降	40週以 降		円	円	円
申請額		※1回目、2回目は合算した金額で比較し 申請額を判断する。			円
振込先		銀 行		(ふりがな)	
		( )		口座名義人	
		店 口座の種別		口座番号	
		普通・当座			

※以下は記入しないでください。

市 記 入 欄	収受印	□交付決定 交付決定額 円	
		□交付不可	

## 砂川市産婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

砂川市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、産婦健康診査費用助成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。

ふりがな			生年月日	年 月 日	
産 婦 氏 名					
住 所	〒 砂川市			電話	
出 産 年 月 日			年 月 日		
滞 在 先 住 所	〒			電話	
受 診 医 療 機 関 又 は 助 産 所	名称 住所			電話	
回 数	受 診 日	(a)健康診査費	(b)助成限度額	申請額 (a)と(b)の低い方の額	
1回目	8週前後	年 月 日 円	円	円	
2回目	12週前後	年 月 日 円	円	円	
申 請 額	円				
振 込 先	( 銀 行 )		(ふりがな) 口座名義人		
	店	口座の種別 ----- 普通・当座	口座番号		

※以下は記入しないでください。

市 記 入 欄	收受印	<input type="checkbox"/> 交付決定      交付決定額 _____ 円  <input type="checkbox"/> 交付不可

## 砂川市妊婦一般健康診査費用助成金（交付・不交付）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市長

印

年 月 日付けで申請のありました妊婦一般健康診査費用助成金の交付について、砂川市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査費用助成事業実施要綱第8条第3項の規定に基づき、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 交 付	砂川市妊婦一般健康診査費用助成金 円を交付します。
2 不 交 付	理由

## 砂川市産婦健康診査費用助成金（交付・不交付）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市長 印

年 月 日付けで申請のありました産婦健康診査費用助成金の交付について、砂川市妊婦一般健康診査及び産婦健康診査費用助成事業実施要綱第8条第3項の規定に基づき、下記のとおり決定したので通知します。

### 記

1 交 付	砂川市産婦健康診査費用助成金 円を交付します。
2 不 交 付	理由