

○宍粟市少子化対策事業助成条例施行規則

平成19年 3 月22日規則第 7 号

改正

平成20年 3 月25日規則第 5 号
平成21年 3 月 4 日規則第 2 号
平成21年 3 月31日規則第15号
平成21年 6 月 8 日規則第21号
平成23年 3 月25日規則第23号
平成23年 6 月29日規則第37号
平成24年 3 月26日規則第11号
平成24年 3 月30日規則第19号
平成24年 6 月28日規則第26号
平成25年 3 月25日規則第14号
平成25年 3 月27日規則第17号
平成26年 3 月17日規則第 5 号
平成27年 3 月30日規則第13号
平成27年 6 月29日規則第26号
平成28年 9 月13日規則第31号
平成29年 2 月 7 日規則第 1 号
平成31年 3 月28日規則第 7 号

宍粟市少子化対策事業助成条例施行規則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、宍粟市少子化対策事業助成条例（平成19年宍粟市条例第 9 号）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(乳幼児等医療費助成事業の対象者の規則で定める要件)

第 2 条 乳幼児等医療費助成事業の対象者（以下「乳幼児等」という。）の規則で定める要件は、次のとおりとする。

- (1) 市内に住所を有するものであること。
- (2) 医療保険各法の加入者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第 7 条第 4 項に規定する加入者をいう。）であること。
- (3) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けていないこと。
- (4) 婚姻していないこと。
- (5) 合計所得金額が38万円以下（給与収入のみの場合は収入が103万円以下）であること。ただし、学校教育法（昭和22年法律第26号）第 1 条に規定する学校に在学中の者は除く。

2 前項の要件を満たす乳幼児等に係る医療費の助成を受けようとする場合は、当該乳幼児等を現に監護する者が、別に定める手続に基づき申請するものとする。

(特定不妊治療費助成事業の対象者の規則で定める要件)

第3条 特定不妊治療費助成事業の対象者の規則で定める要件は、次のとおりとする。

- (1) 申請に係る特定不妊治療が兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定に基づく助成金の交付決定を受けていること。
- (2) 兵庫県以外の地方公共団体から特定不妊治療費の助成を受けていないこと。
- (3) 市税等を滞納していないこと。

(特定不妊治療費助成事業の申請等)

第4条 特定不妊治療費助成事業の申請は、宍粟市特定不妊治療費・不育症治療費助成事業申請書兼振込依頼書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、市長に行わなければならない。ただし、市長が認めたときは、第1号に掲げる書類の添付を省略することができる。

- (1) 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱で規定する指定医療機関が発行した領収書等の写し
- (3) 兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し又は宍粟市特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- (4) 宍粟市内に居住する法律上の夫婦であることを証明する書類
- (5) 夫及び妻の所得額を証明する書類(所得証明書)

2 市は助成状況を把握するため、宍粟市特定不妊治療費・不育症治療費助成事業台帳(様式第3号)を作成するものとする。

(補助対象となる地域の教育力を高めるまちづくり事業の要件)

第5条 地域の教育力を高めるまちづくり事業の要件は次のとおりとする。

- (1) 活動範囲は一定の区域(概ね自治会から小・中学校区まで)とする。
- (2) 活動を行う自治会等の人数は概ね10人以上とし、複数の自治会等が連携・協働して実施する事業も対象とする。ただし、1つの自治会等とみなすものとする。
- (3) 地域で子どもを守り育てるための新たな取組み若しくは従来活動の拡充・強化を図る事業とする。

2 次に掲げる事業は、補助対象としない。

- (1) 宍粟市の他の補助金の交付を受けている事業又は補助対象となる事業
- (2) 国、県その他の地方公共団体の助成を受けている事業又は補助対象となる事業
- (3) 専ら営利のみを目的とし、公益性を欠く事業
- (4) 特定の事業の反対運動を目的とする事業
- (5) その他助成することが適当でない事業

(地域の教育力を高めるまちづくり事業の補助又は助成額等の規則で定める必要経費等)

第6条 地域の教育力を高めるまちづくり事業の補助又は助成額等の規則で定める必要経費は、次のとおりとする。ただし、自治会等の運営に係る経費(人件費、光熱水費、家賃費)及び飲食を伴う経費は除く。

- (1) 消耗品費、印刷製本費及び修繕料 活動のために必要最小限のもの。ただし、参加者に支給する物品の購入経費、華美な仕様の印刷物は除く。
 - (2) 通信運搬費 郵便料及び送料等
 - (3) 委託費 資材等の製作費及び加工費
 - (4) 使用料・賃借料 会場使用料、資機材使用料及び賃借料
 - (5) 備品購入費 活動のために必要な備品購入費（公民館及び集会所等の備品除く。）
 - (6) その他 活動のために直接必要な経費と認めたもの
- 2 補助金の額に1,000円未満の端数がある場合は、これを切り捨てるものとする。
- 3 対象となる事業期間は、4月1日から翌年の3月31日までの間に実施される事業とする。
- 4 地域の教育力を高めるまちづくり事業による補助は、1自治会等につき年1回とする。ただし、継続して行う事業に対する補助については、3年間を限度として行う。
- (子育て世代への宅地分譲事業の対象者の規則で定める要件)
- 第7条 子育て世代への宅地分譲事業の対象者の規則で定める要件は、次のとおりとする。
- (1) 18歳未満の子どもを1人以上養育している者
 - (2) 住宅建築後、速やかにその住所地に住民登録をする者
 - (3) 将来も定住する意志のある者
- (子育て世代への宅地分譲事業の申請等)
- 第8条 子育て世代への宅地分譲事業の申請は、宍粟市子育て世代宅地分譲助成事業申請書兼振込依頼書（様式第4号）に次に掲げる書類を添えて、市長に行わなければならない。
- (1) 世帯全員の住民票
 - (2) 市外からの転入者については、18歳未満の子どもを1人以上養育していることが証明できる書類
 - (3) 購入価格が納付済みであることを証明できる書類
 - (4) その他、市長が必要と認める書類
- (妊婦健康診査費助成事業の対象者の規則で定める要件)
- 第9条 妊婦健康診査費助成事業の対象者の規則で定める要件は、妊婦健康診査の受診日において市内に住所を有する者とする。
- (妊婦健康診査費助成事業の対象となる妊婦健診)
- 第10条 妊婦健康診査費助成事業の対象となる妊婦健診は、主治医が妊婦健診として実施する妊婦の健康診査で、定期検査、血液検査、子宮頸がん検診、超音波検査、クラミジア抗原検査、B群溶血性レンサ球菌検査その他の当該妊婦の健康診査として市長が必要と認める検査項目を実施するものとする。
- (妊婦健康診査費助成事業の申請等)
- 第11条 妊婦健康診査費助成事業の申請は、受診後速やかに妊婦健康診査費助成事業申請書兼振込依頼書（様式第5号）に次に掲げる書類を添えて、市長に行わなければならない。ただし、市長が認めたときは、第2号に掲げる書類の添付は要しない。

(1) 領収書又は妊婦健診の受診を証する書類（領収書を添付できない理由があると市長が特に認めた場合に限る。）

(2) 児童手当用所得証明書

（妊婦健康診査費助成事業の助成方法の特例）

第12条 前条の規定にかかわらず、妊婦健康診査費助成事業の申請が次条に規定する方法により行われた場合には、市長は当該事業により助成すべき額の限度において当該助成の対象となる妊婦健診を受けた者が当該妊婦健診を実施した指定医療機関等（一般社団法人兵庫県医師会が定める妊婦健康診査事業協力医療機関及び一般社団法人兵庫県助産師会が定める妊婦健康診査事業協力助産所をいう。次条において同じ。）に支払うべき費用をその者に代わり当該指定医療機関等に支払うことができる。

2 前項の規定による支払があったときは、当該妊婦健診を受診した者に対し、妊婦健康診査費助成事業による助成があったものとみなす。

（妊婦健康診査費助成事業の助成券の交付申請等）

第13条 前条の規定による妊婦健康診査費助成事業の助成方法の特例の申請は、妊婦健康診査費助成券交付申請書（様式第6号）に児童手当用所得証明書を添えて、市長に行わなければならない。ただし、市長が認める場合は、児童手当用所得証明書の添付は要しない。

2 市長は、前項の申請により要件を満たしていると認めたときは、前項の申請をした者に、妊婦健康診査費助成券（様式第7号）（以下これらを「妊婦健診助成券」という。）を交付するものとする。

3 交付する妊婦健診助成券の枚数は、その額面の総額が9万3千円を超えない範囲内で市長が必要と認める枚数とする。

4 第2項の規定により妊婦健診助成券の交付を受けた者が、前条に規定する特例による妊婦健康診査費助成事業の助成を受けようとするときは、妊婦健診を受ける指定医療機関等に妊婦健診助成券を必要な枚数提出しなければならない。

（妊婦健康診査費助成事業の規則で定める助成限度額）

第14条 妊婦健康診査費助成事業の規則で定める助成の限度額は、交付した妊婦健診助成券により助成できる額（第11条の申請により助成する場合は、妊婦健診助成券を交付したと仮定して算定した額）とする。

（不育症治療費助成事業の対象者の規則で定める要件）

第15条 不育症治療費助成事業の対象者の規則で定める要件は、次のとおりとする。

(1) 2回以上の流産及び死産並びに早期新生児死亡の既往があると医師に診断されていること。

(2) 前年（申請日が1月から5月までの場合は、前々年）の夫婦合算の所得額が730万円未満であること。（所得の範囲及び額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の例による。）

(3) 申請に係る不育症の検査及び治療等（以下「治療等」という。）を行った期間が、原則、

当該年度の4月1日から3月31日までであること。

(4) 申請に係る治療等について、他の地方公共団体から不育症治療費の助成を受けていないこと。

(5) 市税等を滞納していないこと。

(不育症治療費助成事業の助成内容の規則で定める要件)

第16条 不育症治療費助成事業の助成内容の規則で定める治療等について、医療保険が適用される治療等については、医療保険各法により給付された額その他の制度により助成された額を控除した額とする。

2 医療保険が適用されない治療等については、次のとおりとする。

(1) 不育症の検査

ア 不育症のリスク因子の検査

一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β 2グルコプロテインI (CL β 2GP I)複合体抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
		ループスアンチコアグラント
	夫婦染色体検査	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PE IgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PE IgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)

イ 絨毛染色体検査

(2) 不育症の治療

ア 低容量アスピリン療法

イ ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)

3 助成回数は、1年度に1回とする。ただし、通算助成回数は制限しない。

(不育症治療費助成事業の申請等)

第17条 不育症治療費助成事業の申請は、宍粟市特定不妊治療費・不育症治療費助成事業申請書兼振込依頼書に次に掲げる書類を添えて、治療等を実施した日の属する年度内に、市長に申請を行うものとする。

(1) 医療機関が発行した領収書等の写し

(2) 宍粟市不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第8号又は様式第9号)

(3) 宍粟市内に居住する法律上の夫婦であることを証明する書類

(4) 夫及び妻の所得額を証明する書類(所得証明書)

2 市長は、申請書の提出を受けたときは、速やかにこれを審査し、その結果を申請者に書面により通知するものとする。ただし、不承認と決定したときは、その理由を付して通知しなければならない。

3 市は、助成状況を把握するため、宍粟市特定不妊治療費・不育症治療費助成事業台帳を作成するものとする。

(手続等)

第18条 特別の定めがある場合を除き、特定不妊治療費助成事業、地域の教育力を高めるまちづくり事業、子育て世代への宅地分譲事業、妊婦健康診査費助成事業及び不育症治療費助成事業の手続等に関しては、宍粟市補助金等交付規則(平成17年宍粟市規則第44号)の例による。

(その他)

第19条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。ただし、附則第2項の規定は、平成20年4月1日から施行する。

(千種町花嫁祝金支給に関する規則及び千種町子宝誕生祝金支給に関する規則の廃止)

2 千種町花嫁祝金支給に関する規則(昭和61年千種町規則第6号)及び千種町子宝誕生祝金支給に関する規則(平成6年千種町規則第14号)は、廃止する。

(経過措置)

3 附則第1項ただし書に規定する日の前日までに、廃止前の千種町花嫁祝金支給に関する規則及び千種町子宝誕生祝金支給に関する規則の規定により支給決定のあった祝金については、なお従前の例による。

附 則(平成20年3月25日規則第5号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成21年3月4日規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、平成21年1月27日から適用する。

附 則(平成21年3月31日規則第15号)

(施行期日)

1 この規則は、平成21年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日前に受けた医療に係る児童医療費の支給については、改正後の宍粟市少子化対策事業助成条例施行規則の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則(平成21年6月8日規則第21号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成23年 3 月25日規則第23号）

この規則は、平成23年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成23年 6 月29日規則第37号）

この規則は、平成23年 7 月 1 日から施行する。

附 則（平成24年 3 月26日規則第11号）

この規則は、平成24年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成24年 3 月30日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成24年 6 月28日規則第26号）

この規則は、平成24年 7 月 9 日から施行する。ただし、第 4 条中宍粟市個人情報保護条例施行規則様式 8 号の注書、様式第17号の注書及び様式第22号の注書の改正規定並びに第 6 条中宍粟市下水道排水設備指定工事店規則第 4 条第 1 項の改正規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成25年 3 月25日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成25年 3 月27日規則第17号）

この規則は、平成25年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成26年 3 月17日規則第 5 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成26年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 この条例の施行の前に市が交付した母子健康手帳に係る妊婦の健康診査に要する費用の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成27年 3 月30日規則第13号）

この規則は、平成27年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成27年 6 月29日規則第26号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年 9 月13日規則第31号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成29年 2 月 7 日規則第 1 号）

この規則は、平成29年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成31年 3 月28日規則第 7 号）

この規則は、平成31年 7 月 1 日から施行する。

様式第 1 号（第 4 条、第17条関係）

矢栗市特定不妊治療費・不育症治療費助成事業申込書兼振込依頼書

- 1 特定不妊治療・不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票及び所得証明書等関係書類を助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。
- 2 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
	夫	() 印		年 月 日 生 (歳)	
	妻	() 印		年 月 日 生 (歳)	
	住所(※1)	〒 電話 ()			
	住所(※2)	〒 電話 ()			
申 請 者 氏 名 _____ 印 申 請 額 金 _____ 円 平成 年 月 日 矢栗市長 様					
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)
申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。

※3: 口座名義人は、夫又は妻のどちらかの個人名義である口座としてください。

※4: この申請書の提出により、夫又は妻が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

注3) 添付書類は裏面をご参照ください。

市町受付印



夫及び妻の所得額

平成 () 年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計 (A+B-C)	適 ・ 否

(添付書類)

1 共通

- ・ 実業市内に居住する法律上の夫婦であることを証明する書類

		証 明 書 類
夫及び妻が同一世帯の場合		・ 住民票の写し（夫婦分）（続柄記載）
夫及び妻が別世帯の場合	夫及び妻のいずれも、又はいずれか一方が日本国籍を有する場合	・ 住民票の写し（夫婦分） ・ 戸籍抄本（いずれか一方）
	夫及び妻のいずれも外国籍の場合	・ 住民票の写し（夫婦分） ・ 夫婦であることを確認できる書類

- ・ 夫及び妻の所得額を証明する書類（所得証明書）

2. 特定不妊治療費助成事業

- ・ 領収書の写し（指定医療機関の発行するもので、受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）
- ・ 兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- ・ 兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し又は実業市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

3. 不育症治療費助成事業

- ・ 領収書の写し（医療機関の発行するもので、受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）
- ・ 不育症治療支援事業受診等証明書（様式第8号）
- ・ 不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）（様式第9号）

様式第2号（第4条関係）

実栗市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者においては、特定不妊治療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 (印)

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

ふりがな	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。		A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください。	
治療期間	年 月 日～		今回治療による妊娠の有無	
	年 月 日		有	無 不明
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 領収金額 円			

※1：治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2：領収年月日及び領収金額の一致する領収書を別途添付して下さい。

（注）助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、または、状態のよい卵が得られないため中止

（注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

様式第3号（第4条、第18条関係）

宍粟市特定不妊治療費・不育症治療費助成事業台帳

(ふ り が な) 申 請 者 氏 名	夫 ()	年 月 日生
	妻 ()	年 月 日生
申 請 者 住 所	〒 電話 () —	
夫婦の住所が異なる場合	〒 電話 () —	
備 考		

申請受理年月日	申請額	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	助成額	指定医療機関名	治療期間
					開 始 ----- 終 了
		(承認・不承認)			-----
		(承認・不承認)			-----
		(承認・不承認)			-----
		(承認・不承認)			-----
		(承認・不承認)			-----

助成状況（都道府県・他市町村において助成実績のある場合に記入）

都 道 府 県 等	助 成 年 月 日	助 成 額	医 療 機 関	治 療 期 間
			都 道 府 県 名 ----- 医 療 機 関 名	開 始 ----- 終 了

様式第4号（第8条関係）

宍粟市子育て世代宅地分譲助成事業申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

電 話 () —

私は、宍粟市が子育て世代向けに行う宅地分譲において関係諸法令に従い住居を建築し、助成金の交付を申請します。

なお、助成金の交付が決定しましたら、下記の金融機関の口座への振込みを依頼いたします。

請 求 金 額	¥ _____ 円									
購 入 金 額	¥ _____ 円									
宅 地 番 号										
登録受付日	年 月 日									
入居者名（入居者すべてについてご記入ください）										
氏 名	年 齢	続 柄	備 考（扶養等記入して下さい）							
		本 人								
振 込 先	金 融 機 関 名		銀行・組合 本店 金庫・農協 支店・出張所							
	預金種別・口座番号		普通・当座	口 座 番 号						
	口 座 名 義 人		(フリガナ)							

※添付書類

- 1 世帯全員の住民票
- 2 18歳未満の子どもを養育していることが証明できる書類（市外転入者のみ）
- 3 購入価格が納付済みであることを証明できる書類

様式第5号（第11条関係）

妊婦健康診査費助成金交付申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

妊婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、私の世帯に係る市税等関係資料を助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

申請者	ふりがな			生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所			
	電話番号			
母子健康手帳番号				
母子健康手帳発行日		年 月 日		
母子健康手帳発行市町村名（転入の場合のみ）				
受診医療機関名				
受診医療機関住所				
助成券使用済枚数		5,000円助成券 枚	1,000円助成券 枚	
助成対象受診回数		回		
振込先	金融機関名	銀行・信組 信金・農協		本店 支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
助成金申請額		円（上限9万3千円）		

この申請書の提出により、上記振込先への振込に同意したものとみなします。

様式第6号（第13条関係）

妊婦健康診査費助成券交付申請書

年 月 日

宍粟市長 様

妊婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、私の世帯に係る市税等関係資料を助成事業事務担当者が閲覧することを承諾します。

申請者	ふりがな			生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所			
	電話番号			
母子健康手帳番号				
母子健康手帳発行日		年 月 日		
母子健康手帳発行市町村名（転入の場合のみ）				
妊 娠 週 数	週目	出産予定日	年 月 日	
受診医療機関名				
受診医療機関住所				

下記の妊婦健康診査費助成券を受領しました。

5,000円助成券 枚

1,000円助成券 枚

年 月 日

受領者氏名

印

様式第7号（第13条関係）

その 1

1 枚限り	5, 0 0 0
-------	----------

妊婦健康診査費助成券

発行番号		発 行 日	
氏 名		生年月日	
住 所			

上記妊婦の健康診査を依頼します。

宍粟市長 図

以下は、医療機関等でご記入の上、請求書（別様式）に添えてご提出ください。

----- 切 り 取 り 線 -----

受 診 報 告 書

発行番号 妊婦氏名

（ ）の妊婦健康診査を実施したので報告します。

宍粟市長 様

医療機関名

（上限 5, 0 0 0 円）

請求金額 円

（ただし妊婦自己負担 円）

受診年月日	年 月 日（妊娠 週）
健診内容	実施した項目にチェックしてください。 ☐ 定期検査（子宮底長、腹囲、尿検査等） ☐ 血液検査 { ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ H I V ☐ 梅毒 ☐ 風疹 ☐ 血液型 ☐ 血算 ☐ 血糖 ☐ H T L V - 1 } ☐ 子宮頸がん検診 ☐ 超音波検査 ☐ クラミジア抗原検査 ☐ B群溶血性レンサ球菌（G B S）検査 ☐ その他必要な検査（内容 ）
健康診査の所見	☐ 異常なし ☐ 異常あり（要観察・要精密検査・要治療（内容 ））
保健指導の要否	☐ 要（内容 ） ☐ 否

その2

複数枚使用可	1, 0 0 0
--------	----------

妊婦健康診査費助成券

発行番号		発行日	
氏 名		生年月日	
住 所			

上記妊婦の健康診査を依頼します。

宍粟市長 図

以下は、医療機関等でご記入の上、請求書（別様式）に添えてご提出ください。

----- 切 り 取 り 線 -----

受 診 報 告 書

発行番号 妊婦氏名

（ ）の妊婦健康診査を実施したので報告します。

宍粟市長 様

医療機関名

（上限 1, 0 0 0 円）

請求金額 円

（但し妊婦自己負担 円）

受診年月日	年 月 日（妊娠 週）
-------	-------------

※1,000円助成券のみの使用はできません。必ず5,000円助成券と共に使用してください。

※5,000円助成券の使用確認後、下欄にチェックしてください。

5,000円助成券の使用確認	☐
----------------	--------------------------

様式第8号（第17条関係）

不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、医療保険適用内外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日
医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	生年 月 日	年 月 日（ 歳）
今回の治療期間(※1)	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額合計(※2)	¥ 円（①+②の合計と一致すること）		

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療等が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。

※3：院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

【実施した医療保険適用内の治療等】

項 目	金 額
合 計 (①)	

【実施した医療保険適用外の治療等】

区 分	項 目		実施の有無	金額
検査 (一次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2 グルコプロテイン I 複合体抗体		
		抗カルジオリピン Ig G 抗体		
		抗カルジオリピン Ig M 抗体		
		ループスアンチコアグラント		
	夫婦染色体検査			
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗 PEI g G 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
		抗 PEI g M 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性		
		プロテイン S 活性もしくは抗原		
		プロテイン C 活性もしくは抗原		
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)		
	検査	絨毛染色体検査		
治療	低容量アスピリン療法			
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射)			
合 計 (②)				

様式第9号（第17条関係）

不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る医療保険適用内外の薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

薬局の名称及び所在地

代表者名

印

薬局記入欄

（ふりがな） 氏 名	（ ）	生年 月 日	年 月 日（ 歳）
領収月日（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額合計（※2）	¥ 円（①+②の合計と一致すること）		

※1：領収月日については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の領収期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する領収期間内の領収書を別途添付して下さい。

【処方した医療保険適用内の薬剤費】

項 目	金 額
合 計（①）	

【処方した医療保険適用外の薬剤費】

区 分	項 目	実施の有無	金 額
治療	低容量アスピリン療法		
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射）		
合 計（②）			