

里帰り出産等妊婦健康診査費用・新生児聴覚検査費用 助成の手続きについて（ご案内）

都内契約医療機関以外（里帰り先や助産院）で妊婦健康診査及び新生児聴覚検査を受診した方は、申請により健診費用の一部を助成します。

助成の流れ

- (1) 健診を受けた際に医療機関や助産院に費用を支払う。
※健診などの費用は全額自己負担になります（受診票は保管しておく）。
↓
- (2) このご案内に付いている「受診等証明書」を医療機関や助産院に提出する。
↓
- (3) 全ての妊婦健診・新生児聴覚検査終了後に、**健診日・領収金額・医療機関名・主治医名等の記入・押印がされた「受診等証明書」**を医療機関や助産院から受け取る。
↓
- (4) 必要書類を揃えて、**子ども家庭支援課母子保健係**の窓口または郵送で申請する。
※区役所・保健センター・区民事務所では受け付けておりませんのでご注意ください。
↓
- (5) 審査後、区から決定通知が届き、決定額が振り込まれる。（申請月の翌月下旬）



必要書類

- (1) 葛飾区里帰り出産等妊婦健康診査費用等助成申請書兼請求書
※記入例をご確認ください。
- (2) 葛飾区里帰り出産等妊婦健康診査等受診等証明書（**医療機関が記載**）
※受診医療機関が複数の場合、医療機関ごとに必要です。コピーしてお使いください。
- (3) 未使用だった全ての受診票
- (4) 母子健康手帳 郵送の場合は以下の①～③のページのコピーをとってご送付ください。
①表紙 ②妊娠中の経過（妊婦健康診査の記録） ③新生児聴覚検査の記録
※葛飾区で交付した母子健康手帳の場合、
②は8～9ページ、③は17または18ページ（交付年度により異なります）
- (5) 印鑑（**朱肉**を使うもの、**スタンプ印不可**） (1)の申請書兼請求書へ押印してください(2か所)
訂正の場合は訂正印を押してください。 印鑑は郵送しないでください。
- (6) (1)に記載した振込先口座番号の分かるもの 郵送の場合はコピーをとってご送付ください。
※ご郵送で不備がある場合は追加で資料等お送りいただく場合がございます。

申請期限

出産日から**1年以内**（出産後お子さまの1歳の**誕生日前日**までの間）

▼ ▼ ご注意ください ▼ ▼

- ・文書料（証明手数料）は医療機関等によって異なります。各自ご負担ください。
- ・新生児聴覚検査は、**お子さん1人につき1回、生後50日に達する日までに**受診した場合に助成対象となります。
- ・助産院の新生児聴覚検査については、**令和4年10月1日以降に受診**した場合に助成対象となります。
- ・領収額と交付限度額を比較し、少ない方の額が助成できる額となります。
- ・妊娠期間中に葛飾区へご転入・ご転出された場合は申請する自治体が異なる場合があります。以下の問い合わせ先までご連絡ください。

【申請・問い合わせ】

〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14

健康プラザかつしか 子ども総合センター内

子ども家庭支援課 母子保健係 TEL ☎ 03-3602-1387

〈必ずお読みください〉 助成要件確認のための個人情報の収集について

当助成の要件確認のため、個人情報保護管理責任者である子ども家庭支援課長が、以下の情報を収集します。

- ① 申請者及び子の住民基本台帳の情報（住所・氏名・生年月日・続柄・転入前住所・転入日・転出先住所・転出日）（情報収集元：戸籍住民課長）
- ② （子と保護者の住所が異なり、いずれかが葛飾区外に居住している場合）葛飾区外に住所を有する方の居住自治体での新生児聴覚検査助成事業による助成金の受給状況
（情報収集元：葛飾区外に住所を有する方の居住自治体の担当部署）

以上の収集に同意いただけない場合は、当助成を受けることはできません。



記入例

※朱肉を使う印を2か所押印してください。
(注意) スタンプ印は使用できません。

※申請額については、記入不要です。
空欄のままご提出ください。

葛飾区長あて
〇〇年 〇月 〇日 申請額 金 円

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
葛飾区 △△ 〇丁目 〇番 〇号 葛飾公園前マンション〇〇〇

フリガナ カツシカ ハナコ
申請者氏名 葛飾 花子
電話番号 (日中の連絡先) 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
母子健康手帳 交付日 〇〇年 〇月 〇日

申請者は
妊産婦様です。



〇〇年 〇月 〇日 出産年月日 〇〇年 〇月 〇日

健康診査	領収額	交付限度額 (R4年度以前受診分は()内の額)	申請額内訳	妊婦 超音波検査	領収額	交付 限度額	申請額内訳
1回目	20,000円	10,880円 (10,850円)	10,880円	1回目			円
2回目	円	5,090円(5,070円)	円	2回目			円
				3回目			円
				4回目	円	5,300円	円
				※5回目	円	5,300円	円
				※6回目	円	5,300円	円

消せるボールペンは
使用しないでください。

・未使用の受診票に対応する回に記入してください。
・ただし、子宮頸がん検診・超音波検査を里帰り先等で実施し、当該受診票が未使用で余っている場合は、記入不要です。
空欄のままご提出ください (金額が変更になる可能性があります)。

※5・6回目は多胎妊娠の方のみ

妊婦子宮頸がん検診	領収額	交付 限度額	申請額内訳
7回目	7,000円 7,500円	5,090円(5,070円)	5,090円
8回目	6,000円	5,090円(5,070円)	5,090円
9回目	4,500円	5,090円(5,070円)	4,500円

※小計額については、記入不要です。
空欄のままご提出ください。

訂正箇所は二重線を引き、申請者印を押して訂正してください。
(修正テープ、修正液は使用しないでください。)

妊婦健康診査費用 小計 円

13回目 円 5,090円(5,070円) 円
14回目 円 5,090円(5,070円) 円
★助産院での健診は、妊婦健康診査(1回目)、妊婦超音波検査、妊婦子宮頸がん検診は対象外です。
★妊婦健康診査は金額改定に伴い、実施日により交付限度額が異なります。

新生児聴覚検査 領収額 4,000円 3,000円×1人分(上限 3,000円) 計 3,000円

「三菱東京UFJ銀行」は名称変更されていますので、指定される場合は、「三菱UFJ」とご記入ください。
ゆうちょ銀行の場合、振込用の店名・口座番号をご記入ください。(記号・番号ではありません。)

振込先	金融機関名	〇〇銀行・信用金庫	本店・支店	種別	1. 普通
		信用組合・農協	出張所		2. 当座
	金融機関コード	〇 〇 〇 〇	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	店番号
	フリガナ	カツシカ	ハナコ		
	口座名義人	※上記、申請者と同一		申請者(妊産婦様)の	口座をご記入ください。
		葛飾	花子		



葛飾区里帰り出産等妊婦健康診査費用等助成申請書兼請求書

関係書類を添えて、下記のとおり里帰り出産等妊婦健康診査費用等の助成を申請し、請求します。なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請にあたり、子ども家庭支援課長が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は受診医療機関に問い合わせをすることに同意します。

葛飾区長あて

年 月 日 申請額 金 円

住所	〒 葛飾区 丁目 番 号						
フリガナ				電話番号 (日中の連絡先)			
申請者 氏名				母子健康手帳 交付日	年 月 日		
生年月日	年 月 日			出産年月日	年 月 日		
妊婦健康診査	領収額	交付限度額 (R4年度以前受診分は()内の額)	申請額内訳	妊婦超音波検査	領収額	交付限度額	申請額内訳
1回目	円	10,880円 (10,850円)	円	1回目	円	5,300円	円
2回目	円	5,090円(5,070円)	円	2回目	円	5,300円	円
3回目	円	5,090円(5,070円)	円	3回目	円	5,300円	円
4回目	円	5,090円(5,070円)	円	4回目	円	5,300円	円
5回目	円	5,090円(5,070円)	円	※5回目	円	5,300円	円
6回目	円	5,090円(5,070円)	円	※6回目	円	5,300円	円
7回目	円	5,090円(5,070円)	円	※5・6回目は多胎妊娠の方のみ			
8回目	円	5,090円(5,070円)	円	妊婦子宮頸がん検診	領収額	交付限度額	申請額内訳
9回目	円	5,090円(5,070円)	円		円	3,400円	円
10回目	円	5,090円(5,070円)	円	妊婦健康診査費用 小計 円			
11回目	円	5,090円(5,070円)	円				
12回目	円	5,090円(5,070円)	円				
13回目	円	5,090円(5,070円)	円	★助産院での健診は、妊婦健康診査(1回目)、妊婦超音波検査、妊婦子宮頸がん検診は対象外です。			
14回目	円	5,090円(5,070円)	円	★妊婦健康診査は金額改定に伴い、実施日により交付限度額が異なります。			

新生児聴覚検査	領収額 円	3,000円 × ____人分 (上限 円)	計 円
---------	-------	------------------------	-----

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所	種別	1. 普通 2. 当座		
	金融機関コード		口座番号	店番号			
	フリガナ						
口座名義人 ※上記、申請者と同一							

受診票 枚回収 (回目～ 回目) (未回収) 超音波 枚回収(未回収) 窓口 受付者 _____

子宮頸がん あり・なし (未回収) 新生児聴覚 あり・なし (未回収)

住民日 年 月 日 ~ 転出日 年 月 日

医療機関・助産院 御中

葛飾区では、里帰り出産等妊婦健康診査費用助成事業および新生児聴覚検査費用助成事業において、葛飾区民が、都外医療機関または助産院で妊婦健康診査や新生児聴覚検査を受診した場合に、その費用を一部助成いたします。葛飾区民が受診した場合には、下記の証明書にご記入くださいますよう、お願いいたします。

【問い合わせ】 葛飾区子育て支援部子ども家庭支援課母子保健係 TEL 03-3602-1387

第2号様式（第5条関係）

葛飾区里帰り出産等妊婦健康診査等受診等証明書

下記の者について、定期の妊婦健康診査等を行い、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
(助産院)

主治医氏名
(助産師)

印

記

(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日

◆健診日と健診費用

※領収額…定期健診及び健診に伴う検査料金の合計額（治療・注射・投薬は除く）

番号	定期健診日	領収額(a)	番号	定期健診日	領収額(a)
①	年 月 日	円	⑧	年 月 日	円
②	年 月 日	円	⑨	年 月 日	円
③	年 月 日	円	⑩	年 月 日	円
④	年 月 日	円	⑪	年 月 日	円
⑤	年 月 日	円	⑫	年 月 日	円
⑥	年 月 日	円	⑬	年 月 日	円
⑦	年 月 日	円	⑭	年 月 日	円

※下記は実施した場合のみ、記入すること

妊婦子宮頸がん検診	実施日	年 月 日 (領収額は上記に含む)
新生児聴覚検査 (多胎の場合は余白に記入)	実施日	年 月 日 (生後 日目)
	領収額	円

【区処理欄】

配付日		使用可能回数	回
子宮頸がん検診の助成 可・不可		腹部超音波検査の助成 可・不可	