低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付要綱

（趣旨）

第1条　この要綱は、低所得の妊婦の経済的負担の軽減を図るとともに、当該妊婦の状況を継続的に把握し、必要な支援につなげるため、初回産科受診に要する医療費の一部に対し、予算の範囲内において補助金を交付することについて、福井市補助金等交付規則（昭和 48 年福井市規則第 11 号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条　この要綱において「初回産科受診」とは、産科医療機関等において妊娠の判定を受けた際の受診をいう。

（対象者）

第3条　この要綱による補助金（以下「補助金」という。）の交付の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

（1）初回産科受診の日に住民基本台帳法（昭和 42 年法律第 81 号）第 5 条の規定に基づき福井市の住民基本台帳に記録されているもの。

（2）住民税非課税世帯又は生活保護世帯若しくは同等の所得水準である世帯に属するもの。

（3）所得の状況を確認するため、福井市が世帯の課税状況を確認することに同意したもの。

（4）福井市より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けることに同意し、妊婦健診の受診医療機関等と福井市が支援に必要な情報を共有することに同意したもの。

（補助金の額等）

第4条　補助金の額は、予算の範囲内において初回産科受診に要した額とし、1回の妊娠につき 10,000 円を上限とする。この場合において、初回産科受診に要した額が上限額を下回る場合は、当該初回産科受診に要した費用の額とする。

2　前項の規定にかかわらず、初回産科受診の結果、妊娠していなかった場合又は保険診療の対象になった場合は、補助金の交付の対象外とする。

（補助金の交付申請）

第5条　補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、規則第3条及び第14条第1項の規定により、初回産科受診料補助金申請書兼請求書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添えて、初回産科受診した日の属する年度の末日までに、市長に提出するものとする。ただし、特別な事情がある場合は、この限りでない。

（1）初回産科受診をした医療機関等が発行した領収書及び明細書

（2）振込先金融機関口座が確認できる書類
（3）住民登録が申請日の属する年の1月1日時点で福井市外にある場合、世帯全員の住民税非課税証明書。

2　市長は、前項の書類の提出があったときは、当該書類の審査等を行い、補助金の交付の可否を決定するものとする。

3　市長は、前項の規定による決定を行ったときは、次の各号に掲げる決定の区分に応じ、当該各号に定める書面により申請者に通知するものとする。
（1）補助金の交付をする旨の決定　初回産科受診料補助金交付決定通知書兼補助金額確定通知書（様式第2号）
（2）補助金の交付をしない旨の決定　初回産科受診料補助金不交付通知書（様式第3号）

（補助金の交付方法）

第6条　補助金の交付は、申請者が指定する金融機関等（銀行、農業共同組合、信用金庫及び信用組合に限る。）の口座に助成金を振り込むことにより行うものとする。

（交付決定の取消し）

第7条　市長は、申請者が偽りその他の不正な手段によって補助金の交付決定を受けたと認めるときは、規則第 15 条第 2 項の規定により、当該交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（補助金の返還等）

第8条　市長は、前条の規定により交付決定の全部又は一部を取り消した場合において、当該取消しに係る補助金が既に交付されているときは、規則第 16 条第 1 項の規定により、期限を定めて、その返還を命ずるものとする。

（その他）

第9条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附則

（施行期日）

1　この要綱は、令和7年4月1日から施行し、令和7年4月1日以後の初回産科受診について適用する。

（失効）

2　この要綱は、令和10年3月31日限りその効力を失う。

様式第1号（第５条関係）

初回産科受診料補助金交付申請書兼請求書

福井市長　あて

低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付要綱第5条第1項の規定により、必要書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。

太枠の中を御記入ください。

申請者	（※） （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	生年月日	年　　月　　日
住所	福井市	電話	
対象者		生年月日	年　　月　　日

振込先	銀行・農協　　支店 信用金庫　　出張所 信用組合　　支所 ゆうちょ銀行	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ		
		氏名		

1. 審査のため、世帯員全員の課税状況を確認することに同意します。
2. 福井市より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けることに同意します。
3. 支援に必要な情報を医療機関に提供すること及び受診医療機関から福井市に受診結果等の情報共有をすることに同意します。

年　　月　　日　　対象者自署

申請額

円　　申請日　　年　　月　　日

※口座名義人は申請者と同一人としてください。

※対象者は、妊婦の名前を御記入ください。

※申請期限は、初回産科受診した日の年度末です。

（受付印）

【注意事項】

この申請書兼請求書には次の書類を添付してください。

①受診した医療機関等が発行した領収書及び明細書

②振込先金融機関名が確認できる書類

③住民登録が申請日の属する年の１月１日時点で福井市外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書

住基	課税状況

様式第２号（第５条関係）

号

年　　月　　日

福 井 市 長

初回産科受診料補助金
交付決定通知書兼交付額確定通知書

年　月　日付けで申請のあった初回産科受診料補助金について、低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付要綱第５条第２項の規定により、次のとおり交付することに決定しましたので、同要綱第５条第３項の規定により通知します。

なお、補助金額の確定も行いましたので、同要綱第５条第３項の規定によりあわせて通知します。

交付決定額（確定額）　　金　　円

様式第３号（第５条関係）

号

年　　月　　日

様

福 井 市 長

初回産科受診料補助金不交付通知書

年　　月　　日付けで申請のあった初回産科受診料補助金について、低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付要綱第５条第３項第２号の規定により、不交付としたので通知します。

不交付とした理由　　のため