

射水市低所得者の妊婦に対する

妊娠判定受診料助成金交付事業



【対象】

次の(1)・(2)・(3)をすべて満たす方

- (1) 住民税非課税世帯または、生活保護世帯に属する妊婦(申請日を基準として判定)
- (2) 受診日及び助成申請日に、市内に住所を有する方
- (3) 以下の要件に同意される方

要件1: 所得判定のため、世帯の課税状況について確認することに同意すること

要件2: 妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と射水市が必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意すること

【助成対象費用】

母子手帳取得前に妊娠判定のため、産科医療機関を受診した際の費用

【助成額・助成回数】

妊娠の確定診断を受けた妊娠判定検査料 10,000円を上限として償還払いにより助成(1度の妊娠につき1回まで)

※ 助成上限額と実際に自費で受診した受診費用を比較して、低い金額が助成額となります

【申請方法】

申請窓口下記のものをご持参ください。

ただし※の方はご注意ください。

- (1) 射水市低所得者の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書
- (2) 妊娠判定検査の受診費用の領収書および明細書(氏名・診療年月日・医療機関名が記載されたもの)の原本またはコピー
- (3) 助成金の振込口座が分かるもの(通帳やキャッシュカードの写し等)
- (4) 妊娠したことが分かるもの(母子健康手帳または妊娠届出書)

※ 生活保護世帯に属している場合は、生活保護受給証明書の写し

※ 申請日が属する年度の前年度の1月1日時点で射水市以外に住民登録があった方は、課税状況が確認できる証明書

【申請期限】

産科医療機関を受診してから3か月以内

～ 問合せ・申請窓口 ～

<射水市保健センター>

住所: 射水市中村38 ☎: 0766-52-7070