

恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則及び恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 6 年 6 月 1 日

恵庭市長 原 田



恵庭市規則第 1 8 号

恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則及び恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則の一部を改正する規則

(恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則の一部改正)

第 1 条 恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則（平成 2 0 年規則第 1 2 号）の一部を次のように改正する。

別記第 1 号様式及び別記第 2 号様式を次のように改める。

恵庭市妊婦健康診査等費用助成申請書

年 月 日

恵庭市長 様

住所

氏名

(電話番号)

(子との続柄)

- ☐ 恵庭市妊婦健康診査
☐ 恵庭市産婦健康診査
☐ 恵庭市新生児聴覚検査
☐ 恵庭市1か月児健康診査

} について以下のとおり費用助成を申請いたします。なお、決定に
 際し、住民基本台帳等の閲覧や、受診医療機関への支払い内容確認等を行うことに承諾いたします。

ふりがな		生年月日		年	月	日生			
妊産婦氏名		生年月日		年	月	日生			
ふりがな		生年月日		年	月	日生			
新生児氏名		生年月日		年	月	日生			
〒									
住 所		恵庭市		(電話番号)					
滞在先住所				(電話番号)					
振込先の金融機関名称及び口座番号等									
金融機関		銀行	口座 名義	種類			口座番号		
		金庫							
		農協							
		本店							
		支店							
	支所	口座 種類	1 普通 2 当座 3 その他 ()						
出張所									

恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則による申請額 円

恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則による申請額 円

恵庭市新生児聴覚検査実施要綱による申請額 円

恵庭市1か月児健康診査実施要綱による申請額 円

【添付書類】

- ☐ 母子健康手帳写し
☐ 領収書および明細書写し
☐ 未使用の受診票（原本）

(妊婦健診 NO. 、超音波 NO. 、産婦健診 NO. 、聴覚検査、1か月児健診)

《内訳》

妊婦一般健康診査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
	第3回		年 月 日	円
	第4回		年 月 日	円
	第5回		年 月 日	円
	第6回		年 月 日	円
	第7回		年 月 日	円
	第8回		年 月 日	円
	第9回		年 月 日	円
	第10回		年 月 日	円
	第11回		年 月 日	円
	第12回		年 月 日	円
	第13回		年 月 日	円
	第14回		年 月 日	円
超音波検査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
	第3回		年 月 日	円
	第4回		年 月 日	円
	第5回		年 月 日	円
	第6回		年 月 日	円
産婦健康診査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
新生児聴覚検査	医療機関	検査年月日	申請額	
		年 月 日	円	
1か月児健診	医療機関	検査年月日	申請額	
		年 月 日	円	
申請金額合計				円

別記第2号様式（第6条の2関係）

恵保保第 号
令和 年 月 日

様

恵庭市長

恵庭市妊婦健康診査等費用助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付け で申請のあった給付金については、次のとおり決定したので通知します。

1. 以下のとおり、交付いたします。

	妊婦健康診査分	産婦健康診査分	新生児聴覚検査分	1 か月児健康診査分
交付決定額	円	円	円	円
合計振込額	円			
振込予定日	・年 月 日（ ） ※振込予定日は変更になる場合がございます。			

2. 以下の理由により、不交付いたします。

（理由）

【 〃 】

(恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則の一部改正)

第2条 恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則（令和2年規則第22号）の一部を次のように改正する。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

恵庭市産婦健康診査等費用助成申請書

年 月 日

恵庭市長 様

住所

氏名

(電話番号)

(子との続柄)

- ☐ 恵庭市産婦健康診査
☐ 恵庭市妊婦健康診査
☐ 恵庭市新生児聴覚検査
☐ 恵庭市1か月児健康診査

について以下のとおり費用助成を申請いたします。なお、決定に
 際し、住民基本台帳等の閲覧や、受診医療機関への支払い内容確認等を行うことに承諾いたします。

ふりがな		生年月日		年	月	日生	
妊産婦氏名		生年月日		年	月	日生	
ふりがな		生年月日		年	月	日生	
新生児氏名		生年月日		年	月	日生	
〒							
住 所 恵庭市				(電話番号)			
滞在先住所				(電話番号)			
振込先の金融機関名称及び口座番号等							
金融機関		銀行	口座 名義				
		金庫					
		農協	口座	種類	口座番号		
		本店					
		支店					
支所							
出張所	1 普通						
2 当座							
3 その他							
()							

恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則による申請額 円

恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則による申請額 円

恵庭市新生児聴覚検査実施要綱による申請額 円

恵庭市1か月児健康診査実施要綱による申請額 円

【添付書類】

☐ 母子健康手帳写し

☐ 領収書および明細書写し

☐ 未使用の受診票(原本)

(妊婦健診 NO. 、超音波 NO. 、産婦健診 NO. 、聴覚検査、1か月児健診)

《内訳》

妊婦一般健康診査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
	第3回		年 月 日	円
	第4回		年 月 日	円
	第5回		年 月 日	円
	第6回		年 月 日	円
	第7回		年 月 日	円
	第8回		年 月 日	円
	第9回		年 月 日	円
	第10回		年 月 日	円
	第11回		年 月 日	円
	第12回		年 月 日	円
	第13回		年 月 日	円
	第14回		年 月 日	円
超音波検査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
	第3回		年 月 日	円
	第4回		年 月 日	円
	第5回		年 月 日	円
	第6回		年 月 日	円
産婦健康診査	受診票	医療機関	受診年月日	申請額
	第1回		年 月 日	円
	第2回		年 月 日	円
新生児聴覚検査		医療機関	検査年月日	申請額
			年 月 日	円
1か月児健診		医療機関	検査年月日	申請額
			年 月 日	円
申請金額合計				円

第2号様式（第6条関係）

恵保保第 号
令和 年 月 日

様

恵庭市長

恵庭市産婦健康診査等費用助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付け で申請のあった給付金については、次のとおり決定したので通知します。

1. 以下のとおり、交付いたします。

	産婦健康診査分	妊婦健康診査分	新生児聴覚検査分	1か月児健康診査分
交付決定額	円	円	円	円
合計振込額	円			
振込予定日	・年 月 日（ ） ※振込予定日は変更になる場合がございます。			

2. 以下の理由により、不交付いたします。

（理由）

【 - 】

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則及び恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則の規定により行った申請及び通知は、改正後の恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則及び恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則の規定により行った申請及び通知とみなす。
- 3 この規則の施行の際、この規則による改正前の恵庭市妊婦健康診査の実施に関する規則別記第 1 号様式及び別記第 2 号様式並びに恵庭市産婦健康診査の実施に関する規則様式第 1 号及び様式第 2 号による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

