

妊産婦健康診査通院支援事業

市外の医療機関または助産所で妊産婦健康診査を受診する妊産婦に対し、その通院にかかる交通費を助成します。詳細は以下を確認ください。

助成対象者（次のすべてに該当する方）

- （１）妊産婦一般健康診査を受けるため市外（道外含む）の医療機関または助産所で、恵庭市の妊産婦健康診査受診票を使って通院した方
- （２）申請日時点において、恵庭市に住民票がある方

助成額と回数申請期間

１回 1,000 円で、恵庭市の妊産婦健康診査受診票を使用した回数並びに出産時分

申請期間

最後の妊婦健康診査または産婦健康診査受診日の翌日から１年以内に１回のみ申請可能

※流産の場合は、受診券を使用した直近の妊婦健康診査受診日の翌日から１年以内

※死産の場合は、死産の届出をした日の翌日から１年以内

申請に必要な書類

- ① 恵庭市妊産婦健康診査通院支援事業申請書
- ② 母子健康手帳のコピー（以下２つ）
 - ・妊娠中の経過（妊婦健康診査記録）
 - ・出産の状態と出産後の母体の経過（産婦健康診査記録）

※窓口でコピーをとれませんので、あらかじめご自身でご準備ください。

※申請者と振込先口座名義は同一人物でなければ振り込みができません。

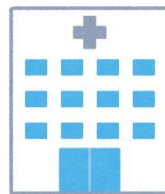
注意事項

- ・申請前に市外に転出された場合、対象外となりますのでご注意ください。
- ・「出産に伴う一般的な費用」として医療費控除の額を計算する場合、市から助成された額は医療費から差し引かなければなりませんので、ご注意ください。詳しくは税務署にご確認ください。

問い合わせ・申請先 恵庭市子ども未来部えにわっこ応援センター

場所 恵庭市役所（京町１番地）

電話 0123-33-3131（代表）



恵庭市妊産婦健康診査通院支援事業交付申請書

恵庭市長 様

令和 年 月 日

住所 〒061- 恵庭市
妊産婦氏名
電話番号 - -

恵庭市妊産婦健康診査通院支援事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり妊産婦健康診査通院支援事業助成金の交付を申請します。

氏名（フリガナ）		生年月日									
妊産婦		昭和 ・ 平成	年 月 日生 (歳)								
子		令和	年 月 日生								
振込先の金融機関名称及び口座番号等											
金融機関	銀行 金庫 農協	口座名義									
	本店 支店 支所 出張所	口座	種類	口座番号							
			1 普通 2 当座 3 その他()								
(市 外 医 療 機 関 使 用 回 数)		単価	助成金交付申請額								
妊婦一般健康診査受診券 (最大 14 回)		出産時	産婦健康診査受診券 (最大 2 回)								
(回 + 回 + 回)		× 1,000 円		=		円					

- ※ 超音波検査の回数は対象外です
- ※ 口座番号は左詰めで記入ください
- ※ ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7 桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入ください。

【添付書類】

☐ 母子健康手帳内の

- ☐ 妊娠中の経過（妊婦健康診査記録のページ）の写し
- ☐ 出産後の母体の経過（産婦健康診査のページ）の写し