

## 阿賀野市告示第69号

阿賀野市妊婦健康診査等実施要綱を次のように定める。

令和8年3月31日

阿賀野市長 加藤博幸

## 阿賀野市妊婦健康診査等実施要綱

阿賀野市妊婦健康診査等実施要綱（平成18年阿賀野市告示第49号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この告示は、母子保健法（昭和40年8月18日法律第141号）に基づき、妊婦健康診査、新生児聴覚検査及び産後1か月母子健康診査（以下「健診等」という。）を的確に実施し、保護者の経済的負担を軽減することで、母子の健康増進を図るとともに、疾病の早期発見及び早期治療に繋げ、地域の母子保健衛生の向上に資することを目的とする。

（健診等の種類）

第2条 健診等の種類は、次に掲げるものとする。

- （1）妊婦健康診査（以下「妊婦健診」という。）
- （2）新生児聴覚検査（以下「聴覚検査」という。）
- （3）産後1か月母子健康診査（以下「産後健診」という。）

（健診等の実施内容）

第3条 健診等の実施内容は、別表に掲げるものとする。

（受診対象者）

第4条 健診等の受診対象者は、受診日において市内に住所を有する妊婦及び産婦（以下「母」という。）並びに乳児とする。

（助成対象者）

第5条 健診等に要する費用の助成対象者は、前条の要件を満たす母とする。ただし、聴覚検査及び産後健診については、前条の要件を満たす乳児の保護者も助成対象者とする。

（受診票の交付）

第6条 市長は、受診対象の母に、別表に掲げる健診等の受診票を交付するものとする。ただし、妊婦精密健康診査の受診票は、実施の必要を認めた者のみに交付する。

（健診等の委託）

第7条 妊婦健診及び産後健診の実施について、市長が新潟県知事を代理人と

して、契約した各医療機関に委託して行うものとする。

- 2 聴覚検査の実施について、市長と契約した各医療機関に委託して行うものとする。

(受診費用の助成)

第8条 前条に規定する委託先以外の医療機関又は助産所での受診等により、受診票を使用せずに受診した場合は、支払った費用のうち保険適用外の自己負担額から健診等以外の医療費を除いた額を助成するものとする。この場合において、助成額の上限は、委託契約による回数毎の健診等の額とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、助成対象者の乳児の生年月日が令和8年3月31日までの場合は、産後健診で支払った費用のうち保険適用外の自己負担額から健診等以外の医療費を除いた額を全額助成するものとする。

- 3 基本的な妊婦健診について、14回を超えて受診した場合は、支払った費用のうち保険適用外の自己負担額から健診等以外の医療費を除いた額を助成するものとする。この場合において、助成額の上限は、1回5,000円とする。

- 4 聴覚検査の再検査及び精密検査に係る費用は、助成しないものとする。

(助成の申請)

第9条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、阿賀野市妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・産後1か月母子健康診査費助成金交付申請書(第1号様式)に次に掲げる書類を添えて、市長へ提出するものとする。

- (1) 医療機関又は助産所が発行する、健診等の領収書又はこれに類する書類並びに明細書

- (2) 健診等の受診記録が記載された母子健康手帳の写し又はこれを証することのできる書類

- (3) 申請者名義の振込先口座が確認できる書類

- 2 妊婦健診費用に係る申請は、最後に妊婦健診を受診した日から6か月以内に申請しなければならない。

- 3 聴覚検査及び産後健診費用に係る申請は、その受診日から6か月以内に申請しなければならない。

(助成の決定)

第10条 市長は、前条の申請を受けた時は、内容を審査し、助成の可否及び金額を決定の上、阿賀野市妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・産後1か月母子健康診査費助成金交付（不交付）決定通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、偽りその他不正の手段により、助成の交付を受けた者がある時は、その全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第11条 この告示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

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

別表（第3条、第6条関係）

	種類	内容	回数
妊婦健診	基本的な妊婦健康診査	ア 健康状況の把握	14回以内
		イ 検査計測（子宮底長、腹囲、浮腫、尿化学検査（糖・蛋白）、体重など）	
		ウ 保健指導	
	血液検査	ア 血液型（A B O血液型、R h血液型、不規則抗体）	3回
		イ 血算	
		ウ 血糖	
エ B型肝炎抗原			
オ C型肝炎抗体			
カ H I V抗体			
キ 梅毒血清反応			
ク 風疹ウイルス抗体			
ケ H T L V－1抗体			
超音波検査	胎盤の付着部位、胎児の発育及び羊水量の診断を目的として行う。	4回	
微生物学的検査	ア クラミジア検査	ア・イ各1回	
	イ B群溶血性連鎖球菌検査		
	子宮頸がん検査	1回	
	妊婦精密健康診査	検査計測及び血液検査以外の検査とする。	1回
聴覚検査	自動聴性脳幹反応検査（自動A B R）		いずれか
	聴性脳幹反応検査（A B R）		

	耳音響放射検査（OAE）	1回
産後健診	出産後おおむね1月を経過し、2月に満たない母子が医療機関で受診する健康診査とする。	母子各1回

第1号様式（第9条関係）

阿賀野市妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・  
産後1か月母子健康診査費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり健診等の助成金を申請します。

なお、助成要件確認のため住民基本台帳等公簿の閲覧、医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

年 月 日

阿賀野市長 様

※妊婦健康診査費の助成は、妊婦または産婦のみが申請できます。

申請者	住所 〒		
	氏名	電話番号	
乳児	氏名	生年月日	年 月 日
申請項目	申請する健診等に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 産婦1か月健康診査 <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査		
申請者名義の 振込先口座	金融機関名	銀行・農協 信組・信金	支店 支所
	種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類 ①医療機関等が発行する領収書・明細書 ②母子健康手帳（申請する健診等のページ）

※市記入欄

受診状況一覧

	回数	受診日	実施機関名	自己負担額（助成対象額）	助成決定額
妊婦健康診査	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
	回目	年 月 日		円( 円)	円
新生児聴覚検査		年 月 日		円( 円)	円
産婦1か月健診		年 月 日		円( 円)	円
1か月児健診		年 月 日		円( 円)	円
助成合計額					円

第2号様式（第10条関係）

第 号  
年 月 日

様

阿賀野市長

阿賀野市妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・  
産後1か月母子健康診査費助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました妊婦健康診査費、新生児聴覚  
検査費、産後1か月母子健康診査費助成金の交付（不交付）について、下記のと  
おり決定しましたので通知します。

1 交付します。

助成金決定額 (助成金確定額)	円		
	内 妊婦健康診査	円	
	新生児聴覚検査	円	
	産後1か月母子健康診査	円	
支払予定日	年 月 日	支払方法	口座振込

2 交付しません。

理 由	
-----	--