

# 天理市妊娠判定受診料補助事業実施要綱

## 1 目的

妊娠に関する経済的負担を軽減し、早期に母体や胎児の健康の保持増進を図る。

## 2 実施主体

本事業の実施主体は、天理市とする。

## 3 対象者

公費負担の対象者は、世帯の構成員（対象者本人及び対象者と扶養義務関係がある者に限る。）の当該年度の市町村民税（当該年度の市町村民税が確定していない場合は、前年度の市町村民税）が非課税及び生活保護世帯に属する女性とする。

## 4 対象経費及び公費負担額

1) 公費負担の対象は、妊娠判定に要する診察、尿検査及び超音波検査とする。ただし、超音波検査については、医療機関が必要と判断した場合に実施するものとする。

2) 天理市が公費負担する場合は、前項の規定による妊娠判定に関し、各医療機関が定める額とする。ただし、1回の公費負担額の上限は7,000円とする。

## 5 対象回数

同一対象者に対する妊娠判定の公費負担回数は、1年度2回までとする。

## 6 申請

1) 妊娠判定受診料公費負担を希望する者（以下「申請者」という。）は、対象者及び対象者と扶養義務関係がある者とする。

2) 申請者は、天理市が対象者の属する世帯の課税状況について調査を行うことを同意する旨を記載した「妊娠判定受診料公費負担申請書（第1号様式）」を天理市長に提出するものとする。

3) 他市町村からの転入等により当該市町村での課税状況の調査が困難な場合、天理市長は申請者に対し課税状況を記載した証明書の提出を求めるものとする。

## 7 決定等

- 1) 天理市長は、妊娠判定検査を希望する理由について対象者等に確認するとともに、対象者の住所、世帯状況及び課税状況を調査のうえ、公費負担を行うか否かを決定する。
- 2) 天理市長は、公費負担を行うことを決定した場合には、「妊娠判定受診料公費負担決定通知書（委託の場合は第2号様式。償還の場合は7号様式）」及び「妊娠判定受診券（以下「受診券」という。（第3号様式）」）を申請者に通知する。申請を却下することを決定した場合には、「却下決定通知書（第4号様式）」を、それぞれ申請者に交付するものとする。

## 8 受診

受診券の交付を受けた者は、天理市が委託する県内の医療機関（以下「委託医療機関」という。）に受診券を提出して受診するものとする。

## 9 委託医療機関以外等での受診の特例

県外の医療機関で受診する等委託医療機関での受診が困難な場合、又は、申請前に受診し、妊娠判定に要する経費を支払っている場合に、やむを得ない理由があると認められるとき、天理市長は当該対象者を公費負担の対象とすることができる。この場合、天理市長は「妊娠判定受診料請求書（第6号様式）」を交付するものとする。

## 10 費用の請求等

- 1) 委託医療機関は、妊娠判定検診を行った場合、妊娠判定受診料請求明細書（第5号様式）に受診券（第3号様式）を添付して天理市長に請求するものとする。
- 2) 9の規定により受診した者は、受診医療機関の証明を付した「妊娠判定受診料請求書（第6号様式）」により天理市長に請求するものとする。

## 11 公費負担台帳の整備

天理市は、公費負担の状況を明確にするため、「妊娠判定受診料公費負担台帳（第8号様式）」を整備しておくものとする。

### 附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。