

妊婦・産婦・乳児健康診査費助成制度について

※申請期限：妊婦・産婦・乳児健康診査を受けた日から6か月以内

(1) 江田島市に住所のある妊婦等のうち、里帰り出産等により、県外で受診した人
(2) その他必要と認められた人

(1) 医療機関に実際に支払った健診費用の額
(2) 江田島市が委託医療機関と契約している額 ※参考欄を御覧ください。

- ・妊婦健康診査検査券黄色
- ・妊婦一般健康診査補助券(1回目～14回目)....ピンク色
- ・子宮頸ガン検診受診券オレンジ色
- ・クラミジア検査受診券薄紫色
- ・産婦健康診査補助券(2枚).....空色・オレンジ色
- ・助産施設妊婦一般健康診査補助券(1人11回まで) ※申請が必要です。(母子健康手帳別冊には付いていません。)

- ・新生児聴覚検査受診券 銀鼠色
- ・乳児一般健康診査受診票(2枚) 水色

- (1) 妊産婦・乳児健康診査費助成申請書裏面①
- (2) 対象健康診査の受診券(補助券)及び結果票裏面②
- (3) 領収書(明細に点数・病院名・連絡先の記入があるもの)
- (4) 健康診査結果の表示のある母子健康手帳の写し裏面③
- (5) 妊産婦・乳児健康診査費助成請求書 **押印**裏面④
- (6) 通帳(振込みを希望する口座番号の分かるもの)※郵送の場合は、通帳

・(1)(5)の書類は、**申請書受付場所の窓口**にあります。

・[江田島市役所ホームページ](#)(暮らしのガイド)
>子育て・教育>出産・子育て支援>妊婦・乳児健康診査を受けましょう)からも[ダウンロード](#)できます。

(1) 窓口：子育て支援課、本庁(保健医療課)、各市民センター(江田島・能美・沖美)、三高支所
(2) 郵送：※申請期限内に届くようにしてください。

《江田島市が委託医療機関と契約している額》

(令和6年6月1日現在)

健康診査種類	金 額
妊婦一般健康診査検査券	12, 610円
妊婦一般健康診査補助券（1回～14回）	6, 590円 ^{（1回につき）}
子宮頸ガン検診受診券	3, 200円
クラミジア検査受診券	2, 280円
産婦健康診査補助券（1回～2回）	5, 000円
助産施設妊婦一般健康診査補助券	4, 490円 ^{（1回につき）}
新生児聴覚検査受診券	2, 840円
乳児一般健康診査受診票（1回～2回）	6, 390円 ^{（1回につき）}

※ 医療機関に実際に支払った金額と上記の金額で、いずれか少ない方の額を助成します。
 ※ 診療報酬の改定があった場合、金額が変更する場合があります。詳しくは、子育て支援課へお問い合わせください。

＜問い合わせ・郵送先＞

737-2122

広島県江田島市江田島町中央4-18-28

江田島市 福祉保健部 子育て支援課（母子保健担当）

☎ 0823-42-2852

①

申請書

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

妊産婦・乳児健康診査費助成申請書

江田島市長

江田島市長様

申請者 住所 江田島市 町

(本人又は世帯主、保護者)

氏 名

対象 電話番号

対象者 住所 江田島市 町

氏 名

妊婦・乳児健康診査費助成金の支給を受け 生年月日 年 月 日生

1 領収書（医療機関等発行）
明細に点数・病院名・連絡先の記入があるもの

2 健康診査結果の表示のある母子健康手帳の写し

3 妊婦健康診査等の受診票
受診票の種類（該当するものに○をしてください。）

(1) 妊婦一般健康診査検査券

(2) 妊婦一般健康診査補助券（ 回目）

(3) 子宮頸ガン検診受診券

(4) クラミジア検査受診券

(5) 乳児一般健康診査受診券

(6) 助産施設妊婦一般健康診査補助券（ 回目）

※ 記入しない

年 月 日

提出書類等記入例

＜記入上の注意＞

(1)(2)(3)
が同じ人になること。

(1) 申請者 (氏名)

(2) 請求者 (氏名)

(3) 振込先 (振込口座名義)

②

対象健康診査の受診券（補助券）及び結果票

江田島市

妊婦一般健康診査結果票 (1 冊目)

氏名(フリガナ) **花子 江田島**

生年月日 **1956年1月2日**

住所 **江田島市大坪町1-1**

上記妊婦の一般健康診査を受けた。

検査結果 (下記の内容、必要は項目)

- (1) 妊娠経過、健康状態
- (2) 血液検査
- (3) 血液検査
- (4) 胎動・胎位・胎心音測定 (5分間)
- (5) 胎動・胎位・胎心音測定 (5分間)
- (6) 胎動・胎位・胎心音測定 (5分間)

H26 年 月 日

江田島市長 **江田島 市長印**

江田島市

妊婦一般健康診査結果票 (1 冊目)

氏名(フリガナ) **花子 江田島**

生年月日 **1956年1月2日**

住所 **江田島市大坪町1-1**

検査結果 (下記の内容、必要は項目)

- (1) 妊娠経過、健康状態
- (2) 血液検査
- (3) 血液検査
- (4) 胎動・胎位・胎心音測定 (5分間)
- (5) 胎動・胎位・胎心音測定 (5分間)
- (6) 胎動・胎位・胎心音測定 (5分間)

H26 年 月 日

江田島市長 **江田島 市長印**

受診した医療機関で記入してもらう。

※産婦健康診査は、母子健康果を記載する部分がありませ必ず枠内を医療機関で記載してください。

※産婦健康診査は、母子健康手帳に結果を記載する部分がありませんので、必ず枠内を医療機関で記載してもらってください。

③

健康診査結果の表示のある母子健康手帳の写し

(1) 妊婦健診（乳児健康診査）を受診した結果が記入してあるページ

④

請求書

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

※ 記入しない

妊産婦・乳児健康診査費助成請求書

江田 島 市 長 様

請 求 者 住 所 江田島市 町

（本人又は世帯主、保護者）

氏 名

印

年 月 日付第 号で交付決定を受けた妊婦・乳児健康診査費助成金について、次のとおり請求します。

金 額 円

振込先

振込先金融機関	農協・銀行・信組 信連・相銀・漁協 中金・信金・漁連								店（所）
預 金 種 目	普通預金 当座預金 その他（ ）	口座番号							
振込口座名義 （請求者） ふりがな 氏 名	ふりがな								

※ 記入しない

印

妊 娠 中 の 経 過									
妊娠月数 西 暦 日 記	子 宮 高 cm	腹 囲 cm	体 重 kg	血 圧	心 拍	胎 動	胎 心	胎 位	胎 重
9/28 10-3	9 cm		51.2			+	+	+	+
5/28 11-3	11		51.4			+	+	+	+
6/28 12-5	16	80	51.8			+	+	+	+
9/25 13-1	19	81.5	52.2			+	+	+	+
8/28 14-5	21.5	83	52.8			+	+	+	+
9/5 15-1	26	85	53.0			+	+	+	+
9/19 16-3	28	87	53.4			+	+	+	+
9/30 17-9	29	88	53.8			+	+	+	+
10/19 18-5	29	90	54.5			+	+	+	+
10/26 19-3	30.5	91	55.4			+	+	+	+
11/2 19-3	31	92	56.0			+	+	+	+
11/10 19-9	31	92	56.4			+	+	+	+
11/19 19-9	31	92	56.8			+	+	+	+
/	-					+	+	+	+
/	-					+	+	+	+
/	-					+	+	+	+

この様式を正確に記入することにより自らで記入してください。

氏名	姓	名	生年月日(年齢)	職業
子の氏名	母	江朝島 花子 E.A. KAWA HANA	1956年1月24日 32歳	主婦
	父	江朝島 太郎 E.A. KAWA TARO	1959年3月4日 34歳	会社員
	年 月 日 生() 歳			
	江朝島市大持町大原 505番地 0223 90-3297			
関係地				電話
				電報

※ 出生届出満証明

子の氏名	姓	名	出生の場所	出生の日付	年	月	日
			岩手県岩手市	市田町村			
上記の書について 出生の届出がなかったことを証明する。			年 月 日				
市町村長			印				

※ 市町村長は出生届から14日以内に届出を受理して、特別に上記の出生届を出生届と見做すこととされています。