

里帰り等の妊婦健康診査費用 及び 新生児聴覚検査費用

～受診票が使用できない助産所・医療機関等で健診（検査）を

受けた場合の助成金の申請について～

◎助成対象 次の（１）、（２）及び（３）に該当すること

- 1) 健診（検査）受診日現在、渋谷区に住民登録がある人の申請
- 2) 受診票が使用できない国内機関（契約医療機関以外）で受診した場合
助産所、里帰り等による都外医療機関、都内契約医療機関以外の医療機関（新生児聴覚検査に限る）などでは受診票が使用できません。海外での受診は助成対象外です。
※新生児聴覚検査は、生まれた赤ちゃんが生後 50 日に達する日までに受診した初回検査が対象です。
- 3) 分娩・出生日から 1 年を超えていない申請（郵送申請：消印有効）

◎助成内容

受診 1 回あたり、以下の限度額の範囲内で助成金を支給します。

※未使用受診票の枚数を限度に助成し、各回の支払費用が下表の金額以下の場合、領収書で確認できる金額を上限とします。

※確認のため、医療機関等に問い合わせをさせていただくことがあります。

[助成回数上限と限度額] 令和 6 年度以降は変更となる場合があります。

種別	受診日	令和 3 年 4 月 1 日～ 令和 5 年 3 月 31 日	令和 5 年 4 月 1 日以降
①妊婦健康診査 1 回目		10,850 円（1 回）	10,880 円（1 回）
②妊婦健康診査 2～14 回目		各 5,070 円（13 回）	各 5,090 円（13 回）
③妊婦超音波検査		5,300 円（1 回）	5,300 円（1 回※）
④妊婦子宮頸がん検診		3,400 円（1 回）	3,400 円（1 回）
⑤新生児聴覚検査		3,000 円（1 回）	3,000 円（1 回）

（助産所での健康診査は、②のみ該当します。）

※令和 5 年 4 月 1 日以降に妊娠届を提出された方は 4 回です。

◎必要書類

所定の申請書に、助成制度の種別に応じて以下の添付書類を添えて申請（原則郵送）してください。

申請書兼請求書	渋谷区里帰り等妊婦健康診査費用助成金 申請書兼請求書 渋谷区新生児聴覚検査費用助成金 申請書兼請求書 ※一枚の用紙で同時に申請及び請求をすることができます。
添付書類	1 未使用の「妊婦健康診査・超音波検査・子宮頸がん検診受診票」「新生児聴覚検査受診票」（東京都区市町村発行） ※無記入の状態では構いません。
	2 助産所または医療機関発行の「領収書」のコピー及び「診療費明細書」のコピー（新生児聴覚検査費用が入院費等に含まれる場合は、その領収書のコピーが必要です） （注）「診療費明細書」は、発行がある場合にはご提出ください。 （注）「診療費明細書」がある場合でも、「領収書」のコピーは必ずご提出ください。 ※明細書のみは不可です。
	3 以下の母子健康手帳①～④のコピー ①母子健康手帳の表紙（交付日がわかるのもの） ②P 1（出生届出済証明） ③P 8～9（妊娠中の経過） ④ P 17 または P 18（検査の記録）

（その他、書類の提出をお願いすることがあります。）

◎申請方法

○原則郵送。分娩後、必要書類一式を封書でお送りください。なお、切手等郵送にかかる費用及びコピー費用などは、申請者の負担になります。

○提出いただいた書類は、原則返却できません。

○渋谷区から転出した場合は、分娩前でも申請することができます。

◎助成方法

助成の可否決定及び決定金額を郵送（封書）にて事前に通知し、指定の口座に振り込みます。

申請書等の記入方法

「渋谷区里帰り等妊婦健康診査費用助成金申請書兼請求書」「渋谷区新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書」は、以下の要領でご記入のうえ、必要書類を添えて申請してください。

※申請書は渋谷区のホームページからダウンロードできます。

<https://www.city.shibuya.tokyo.jp/kodomo/ninshin/ninshin-teate/ninpukensin.html>



トップページ> 子育て・教育・生涯学習> 妊娠・出産> 妊娠・出産に関する手当・助成> 里帰り等妊婦健康診査費用助成金 及び 新生児聴覚検査費用助成金

<申請書（表面）>

- 1 「申請人」欄は、分娩した方（産婦）本人が自署してください。
- 2 「住所」欄は、住民登録をしている住所を記入してください。
区外転出後に申請する場合は、渋谷区での住所及び転出先の住所を記入してください。
- 3 「連絡先電話番号」欄は、平日午前9時から午後5時までに連絡のつく電話番号をお書きください。
- 4 「申請金額」欄は、裏面「申請額（aとbのうち低い金額）」欄の合計額を記入してください。
ただし、助成額は申請に基づいて審査したのちの決定金額となります。
- 5 「添付受診票（未使用分）」欄は、申請時に添付した未使用受診票の枚数を記入し、種別に○印をつけてください。
- 6 「振込指定口座」欄は、助成金の振込を希望される金融機関の口座番号等を、通帳等でご確認のうえ、お間違えのないようお書きください。口座名義は旧姓でも可能です。その場合は、**運転免許証の写しなど姓が変わったことがわかるものを添付し、振込完了までは名義変更をしないでください。**
- 7 区処理欄には記入しないでください。

<申請書（裏面）>

- 1 太枠の中のみ記入してください。
- 2 申請時に添付した「未使用受診票No.」の行に、記入してください。
- 3 「受診年月日」欄は、母子健康手帳P8～9、P17 または P18 で確認できる診察（検査）日付または領収書の日付を記入してください。
- 4 「受診区分」欄は、受診票の使用できなかった理由いずれかに○印をつけてください。
- 5 「支払金額（a）」欄は、医療機関等の領収書のうち助成対象となる金額を記入してください。
※保険適用分は除いてください。
- 6 「交付限度額（b）」欄は金額が2段書きの場合、受診日に応じて該当の金額いずれかに○印をつけてください。
- 7 「申請額」欄は、「支払金額（a）」と「交付限度額（b）」のいずれか低い金額を記入してください。

✂点線を切り取り送付できます。

【申請書類の提出先及び問い合わせ先】

〒150-0042 渋谷区宇田川町5-6 渋谷区子育てネウボラ4階
渋谷区保健所 中央保健相談所 母子保健係 行

TEL 03-3463-2409