

令和 7 年度 村山市 妊娠確定前産科受診費用の助成

妊娠確定までにかかった医療保険適用外の診察などの費用を助成します。



対象者（下記の要件を全て満たす方）

1. 医師から妊娠届出書を記入してもらい、村山市に妊娠届出書を提出した妊婦
2. 産科医療機関等の受診日において、村山市民であること
3. 申請書提出日において、村山市民であること
4. 他の市町村から助成を受けていないこと

助成の対象となるもの

今回の妊娠確定までにかかった診察費のうち、医療保険適用外のもの。

例)妊婦健診、尿検査、血圧測定、超音波検査(エコー)、診察費など

ただし、宿泊費、交通費、文書料、紹介状料等は対象外

助成額

1 回の妊娠確定につき上限 20,000 円

申請方法

以下の書類が必要です。

- ① 村山市妊娠確定前産科受診費用助成金 申請書兼請求書(様式第 1 号)
- ② 産科医療機関等が発行の領収書と診療明細書(原本)
- ③ 申請者名義の通帳(写し)

※申請書はホームページ、または申請先の窓口にあります。

妊娠届出時(母子健康手帳交付時)に申請されることをお勧めします。

詳細はお問い合わせください。

申請期限

妊娠届出書提出日（母子健康手帳交付日）から 3 か月以内（転出後は受付不可）

（例）4/1 交付の場合は 7/1 まで

お支払いについて

申請書受理後、審査を行います。助成決定されると決定通知書でお知らせするとともに、1 か月以内に指定口座に振込みます。（審査の際、申請内容について医療機関等に問合せする場合があります。ご了承ください。）



【申請・問合せ先】 こども家庭センター「ぽっぴーるーむ」

月～金曜(祝日、第 4 月曜は休み)9:30～16:00

TEL)0237-22-9981

村山市保健課 健康指導係

TEL)0237-55-2111(内線 136・137)

(様式第 1 号)

村山市妊娠確定前産科受診費用助成金 申請書兼請求書

令和 年 月 日

村 山 市 長 あて

申請者 妊婦氏名 _____ 印

(印鑑はシャチハタタイプ不可)

村山市妊娠確定前受診費用の助成に関する要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成決定にあたり、妊婦の住民記録の調査、本申請内容について他の公共団体や医療機関等に照会することについて同意します。

注意点 ※印の欄は記入しないでください

妊婦本人(申請者)	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日						
	住所	〒 村山市						
	妊娠届出月日	令和 年 月 日 (母子健康手帳No.)						
申請内容	受診年月日		費用(申請額)		医療機関等名称		決定額	
	1 回目						※	
	2 回目						※	
							※	
							※	
	合計		回		—		※上限 20,000 円	
振込先(申請者)	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協				本店・支店名		
	預金種別	普通・当座	フリガナ					
			口座名義人					
	口座番号							

【添付書類】

- 1 産科医療機関等発行の妊娠確定に至るまでの領収書と診療明細書(原本) ※複写後返却
- 2 振込先の 預貯金通帳(写し)