

大阪市妊婦健康診査費助成金交付要綱

制定 平成 24 年 4 月 1 日

(目的)

第 1 条 この要綱は、母子保健法第 13 条第 1 項に基づく妊婦健康診査の費用を助成することにより、妊婦の健康管理の充実及び経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第 2 条 助成の対象者は、大阪市妊婦健康診査受診票の交付を受けた市内に居住する妊婦であって、受診する医療機関又は助産所（以下「実施機関」という。）が大阪市との委託契約を締結できない等やむを得ない理由により、委託実施機関以外の実施機関において妊婦健康診査を受けた者とする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特別な理由があると認める場合は、当該妊婦を助成の対象とすることができる。

(助成の内容及び額)

第 3 条 助成金の交付の対象となる妊婦健康診査の内容及び給付費の上限額は、別表のとおりとする。

(助成金の申請)

第 4 条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、妊娠が終了した日から 1 年以内に、大阪市妊婦健康診査費助成金交付申請書（第 1 号様式）（以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する申請に当たっては、次の書類を添付しなければならない。

（1）申請者が交付を受けた妊婦健康診査受診票。

（2）申請者が妊婦健康診査を受診した実施機関発行の領収書原本であって、助成金交付の決定に必要な事項が確認できるもの。

（3）母子健康手帳のうち助成金交付の決定に必要な事項が記載された部分の写し。

（4）申請者が市外転出等により、申請日時時点で市内に居住していない場合は、住所の証明書。ただし、市長が特別な理由があると認める場合は、除外することができる。

3 前項第 2 号に掲げる書類について、助成金交付の決定に必要な事項が確認できない場合、大阪市妊婦健康診査費実施証明書（第 2 号様式）を添付することとする。

4 申請書の提出先は、持参の場合は、居住する区保健福祉センターに提出することとし、送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課に提出することとする。

5 申請書を市長に提出した日は、持参の場合は、居住する区保健福祉センターに提出した日とし、送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課に到着した日とする。ただし、書類に不備のあるときはこの限りでない。

(交付の決定)

第 5 条 市長は、前条第 1 項の申請を受理したときは、すみやかにこれを審査し、その申請内容

が適当であると認めたときは、大阪市妊婦健康診査費助成金交付決定通知書（第 3 号様式）により助成金の交付の申請を行った者に通知するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、助成金を交付することが不適當であると認めたときは理由を付して、大阪市妊婦健康診査費助成金不承認決定通知書（第 4 号様式）により、助成金の交付の申請を行った者に通知するものとする。

3 市長は、助成金の交付の申請から 30 日以内（申請内容を補正するための期間は除く）に当該申請に係る助成金の交付の決定又は助成金を交付しない旨の決定をするものとする。

（助成金の交付）

第 6 条 市長は、助成金の交付を決定したときは、決定した日の翌日から起算して 30 日以内に申請書に記載された口座に助成金を直接振り込み、支給するものとする。

（助成金の返還）

第 7 条 市長は、助成金の交付の決定をした場合において、申請内容に虚偽の記載がなされるなどにより、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すときは、理由を付して大阪市妊婦健康診査費助成金交付決定取消書（第 5 号様式）により通知するものとする。

2 前項の規定により交付決定を取り消された者が既に助成金を受け取っている場合には、その返還を求めることができる。

（施行の細目）

第 8 条 この要綱の施行の細目については、所管課長が定めるものとする。

附 則

（施行期日）

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。

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、平成 30 年 12 月 10 日から施行する。

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 6 年 10 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 7 年 12 月 26 日から施行し、令和 7 年 4 月 1 日より適用する。

(別表)

大阪市妊婦健康診査内容
助成金の上限額及び交付の対象となる検査の内容

受診票番号	健康診査内容	給付費上限額	
		令和7年 3月31日まで	令和7年 4月1日以降
妊婦健康診査①	診察・血圧測定、尿検査、保健指導 貧血検査、血液型検査（ABO/Rh）、不規則抗体検査、梅毒血清 反応検査、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、HIV抗体検査、 風疹ウイルス抗体検査、血糖検査、子宮頸部細胞診、超音波検査	24,890円	24,940円
妊婦健康診査②	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査③	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査④	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑤	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑥	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑦	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑧	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑨	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑩	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑪	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
妊婦健康診査⑫	診査・血圧測定、尿検査、保健指導、超音波検査	8,540円	8,560円
妊婦健康診査⑬	診査・血圧測定、尿検査、保健指導、貧血検査、超音波検査 B群溶血性レンサ球菌検査	14,070円	14,220円
妊婦健康診査⑭	診査・血圧測定、尿検査、保健指導、貧血検査、HTLV-1抗体検査、 血糖検査、超音波検査、性器クラミジア検査	16,590円	17,380円
超音波検査①	超音波検査	4,780円	4,780円
超音波検査②	超音波検査	4,780円	4,780円
超音波検査③	超音波検査	4,780円	4,780円
超音波検査④	超音波検査	4,780円	4,780円
多胎用 妊婦健康診査①	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円
多胎用 妊婦健康診査②	診査・血圧測定、尿検査、保健指導	3,760円	3,780円

※助産所については、血液検査、超音波検査を除く、妊婦健康診査②～⑪のみ使用可能

※超音波検査①～④については、単独では使用できず、妊婦健康診査②～⑪のいずれかと併せてのみ使用可能

大阪市妊婦・産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)大阪市長

妊婦健康診査費用ならびに産婦健康診査費用の助成を受けるために、大阪市妊婦健康診査費助成金交付要綱第4条・大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、申請します。
また、妊婦健康診査費ならびに産婦健康診査費助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、妊婦健康診査受診機関への支払い内容確認等することを了承します。

フリガナ 申請者氏名 (健診受診者) (旧姓)	生年 月 日	昭和 年 月 日 平成	妊娠が 終了した日	年 月 日
現住所	〒 (電話番号)				
市外転出 (申請日時点)	有 ・ 無 ※有の場合 大阪市外への転出日が確認できる住民票を添付 □		転出日	年 月 日	
通知書送付先	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる場合(下記にご記載ください) 〒				

※妊娠中に姓の変更があった場合に限り、旧姓を記入してください。

※妊娠が終了した日とは、分娩日、流産日等となります。

妊婦健康診査費・産婦健康診査費助成金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店名		支店番号()					
	預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号								
	フリガナ 口座名義人 (申請者と同じ)									

※記入・申請の際は、必ず裏面の説明をお読みいただき、太線の中をご記入ください。

※ 助成金額は、医療機関に支払った額ではなく、助成の対象となる妊婦健康診査ならびに産婦健康診査について定められた額と自己負担額とを比較して、少ない方の額になります。

<事務処理欄>

市 側 記 入 欄					
	受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)	領収書金額確認	対応する受診票	交付決定額
妊 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
産 婦 健 康 診 査	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
				合 計	円

保 健 福 祉 セ ン タ ー 記 入 欄		保健福祉センター受付印	こども青少年局受付印
<input type="checkbox"/> ()枚切り離し申請者に受診手帳を返却。			
申立書	有 ・ 無		
新生児聴覚検査・乳児一般健康診査同時申請	有 ・ 無		

(申 請 方 法)

大阪市の妊婦健康診査・産婦健康診査委託契約機関でない場合において、妊婦健康診査ならびに産婦健康診査を受診した後に、申請書と必要書類を添えて、お住まいの区の保健福祉センター保健業務担当の窓口へ提出してください。送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課母子保健グループに提出してください。なお送付の場合は、書類が到着した日をもって申請日とさせていただきます。

なお、申請期限は、妊娠が終了した日から1年以内(大阪市の休日を守る条例第1条に規定する市の休日である場合は、その日以前の直近の市の休日でない日)になっておりますので、ご注意ください。

(記 載 上 の 注 意)

- 1 申請者氏名は必ず妊婦健康診査・産婦健康診査受診者の氏名を記入してください。
- 2 訂正は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
- 3 振込先は、申請者と同じ口座名義人の口座を記入してください。

※ 委託医療機関・助産所において、妊婦健康診査・産婦健康診査受診時に受診票をお忘れになった場合は、「償還払い」の申請ができませんので、ご注意ください。

(申 請 時 に 必 要 な 添 付 書 類)

- 1 母子健康手帳の「出生届出済証明」及び「妊娠中の経過」のページのコピー
及び産婦健康診査受診時は「出産後の母体の経過」のページのコピー
※ 子の保護者欄は、必ず記入の上、コピーしてください。
- 2 妊婦健康診査・産婦健康診査受診時に、受診票が使えなかった分の領収書(コピー不可)
※ 紛失等により領収書がない場合は、「大阪市妊婦健康診査費・産婦健康診査費実施証明書」が必要になります。
※ 領収書で妊婦健診および産婦健診代金が確認できない場合は、別途「大阪市妊婦健康診査費・産婦健康診査費実施証明書」が必要になる場合があります。
※ 領収書は、原本照合したのち、返却することもできます。(申し出が必要)
※ 医療機関・助産所で「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。
- 3 使用することができなかった受診票
※ 医療機関等で検査結果等をなるべく記入していただってください。(未記入の場合は、審査に時間がかかり、振込が遅れることがあります。)
- 4 申請日までに関東市外に転出された方は、転出日の確認できる住民票(コピー不可)が必要になります。

大阪市妊婦・産婦健康診査費実施証明書

年 月 日

(あて先) 大阪市長

(実施医療機関等)

住 所

名 称

代表者名

電話番号

次の者について、下記のとおり妊婦健康診査・産婦健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者(申請者記入)

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
申請者氏名			平成
住 所 ※	〒 区 大阪市 (電話番号)		

※ 受診日時点の住所をご記載ください

2 妊婦健康診査・産婦健康診査の受診年月日、検査内容及び領収金額(医療機関等記入)

裏面のとおり

大阪市妊婦健康診査内容

受診年月日	健康診査内容	領収金額 (保険診療分を除く)	受診年月日	健康診査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円

大阪市産婦健康診査内容

年 月 日 (産後 日)	母体の状態(体重、血圧、子宮復古状況、悪露等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 授乳状況(乳房の状態等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 尿検査結果 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 心の健康チェック <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上 <input type="text"/> 点	円	年 月 日 (産後 日)	母体の状態(体重、血圧、子宮復古状況、悪露等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 授乳状況(乳房の状態等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 尿検査結果 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 心の健康チェック <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上 <input type="text"/> 点	円
-----------------	---	---	-----------------	---	---

(備考)

※受診年月日、領収金額を記入のうえ、検査した項目にチェックください。

※本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。

大坂市長 ○○ ○○

年 月 日付けで申請のありました妊婦健康診査費助成金について、大阪市妊婦健康診査費助成金交付要綱に基づき、次のとおり交付することを決定しましたので通知します。

妊婦健康診査費助成金交付金額 金 円

受診票 No	助成金 上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成金 決定額	受診票 No	助成金 上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成金 決定額
備考							

大阪市指令こ青第 号
年 月 日

_____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市妊婦健康診査費助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました妊婦健康診査費助成金について、次のとおり不承認とすることを決定しましたので通知します。

不承認の理由

大阪市指令こ青第 号
年 月 日

____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市妊婦健康診査費助成金交付決定取消書

年 月 日付けで交付決定しました妊婦健康診査費助成金について、次のとおり取消することを決定しましたので通知します。

取消しの理由
