

低所得妊婦初回産科受診費用助成のご案内

薩摩川内市では、低所得の妊婦に対する経済的負担の軽減を図るため、初回の産科受診費用を助成しています。

1. 対象者

次の(1)～(4) 全ての要件に該当する方が助成の対象となります。

- (1) 令和5年4月1日以降に医療機関等において妊娠判定検査を受けた方
- (2) 妊娠判定検査を受けた日及び申請日において薩摩川内市内に住民票を有する方
- (3) 市町村民税非課税世帯、市町村民税免除世帯、生活保護世帯のいずれかに該当する方
(世帯の課税状況の確認について同意できる方)
- (4) 医療機関等と薩摩川内市が必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意できる方

2. 助成対象経費

妊娠判定にかかる問診、診察、検査（医療機関が必要と認めたもの）

3. 助成額・回数

妊娠判定検査に要した費用の自己負担額（上限1万円）、妊娠1回につき1回まで

4. 申請期限

妊娠判定検査を受けた日の翌日から起算して6箇月以内

5. 申請方法

次のものをそろえて申請してください。

- (1) 初回産科受診費用助成金交付申請書
- (2) 助成金交付申請に係る資格確認等同意書
- (3) 妊娠判定検査に要した費用の領収書・明細書の写し
- (4) 振込口座が確認できる書類の写し
- (5) 印鑑（スタンプ印不可）
- (6) 妊娠判定検査を受けた日における世帯全員の課税状況を証する書類

川内保健センターに備え付けてあるほか、市のホームページからもダウンロードできます。

※ 当該する年の1月1日時点で薩摩川内市外に住所登録をしていた方は、住所登録をしていた自治体が発行する課税状況を証する書類（世帯全員分）を取り寄せてください。

（問合せ・申請先）

薩摩川内市 保健福祉部 市民健康課 健康増進第2グループ

〒895-8790 薩摩川内市西開間町6番10号（川内保健センター）

【電話】（0996）22-8811