



辰野町では、令和5年4月1日以降に、低所得世帯に属する方が妊娠判定検査のため、医療機関等を受診した費用（初回産科受診料）の一部を助成します。

## 对象者

次の①～④すべてを満たす人

- ① 令和5年4月1日以降、医療機関等で妊娠判定に要する診察及び検査（尿検査、超音波検査等）の自己負担が発生し、妊娠の診断を受けた方
  - ② 受診日と申請日現在、辰野町に住民登録があり当該年度（4～6月末までの受診の場合には前年度）の住民税が非課税世帯または生活保護世帯に属する方
  - ③ 辰野町が住民登録及び世帯全員の課税状況を確認することに同意する方
  - ④ 医療機関等と辰野町が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有することに同意する方

助成対象費用

令和5年4月1日以降、医療機関等で妊娠判定に要した受診費用（※保険外診療分に限る）

## 助成額

1回の妊娠につき10,000円を上限

申請期限

受診日から6か月以内

助成方法

### 償還払い（口座振込）

申請方法

該当する方は辰野町初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書に以下の書類を添付して提出して下さい。



- ① 医療機関等が発行した妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本
  - ② 妊娠したことが分かる書類の写し（妊娠届、母子健康手帳等の写し）
  - ③ 振込先が確認できる書類の写し（申請者本人口座に限る）
  - ④ 申請者の属する世帯の住民税課税状況が確認できる書類  
（次の A または B の条件に該当する方のみ）
    - A.申請日が 1月 1 日～6月 30日の場合で、前年の1月 1 日に辰野町に住民登録がない方
    - B.申請日が7月 1 日～12月 31日の場合で、その年の1月 1 日に辰野町に住民登録がない方

一辰野町役場 子育て応援課 こども家庭センター ☎0266-41-1111(内線2188) 一