

令和 年 月 日議決・専決

令和 8年 4月 1日施行

令和 8年 3月 31日公布

令和 年 月 日適用

佐用町告示第 号

令和8年佐用町要綱第27号

佐用町出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付要綱

佐用町出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付要綱をここに公布する。

令和 8年 3月 31日

佐用町長 江 見 秀 樹

佐用町出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、妊産婦等が居住地に関わらず、安全・安心に通院ができ、適切な医療やサービスが受けられる環境を実現するため、遠方の産科医療機関等で出産等する必要がある妊産婦等の経済的負担の軽減を図ることを目的に、当該産科医療機関等までの移動にかかる交通費について、予算の範囲内での補助金の交付に関し、必要な事項を定めることとする。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者(以下「補助対象者」という。)は、交付を受けようとする補助対象の経費を支出した日及び本事業の申請日において本町の住民基本台帳に記載されている者であって、次の各号に掲げる補助の区分に定める要件に該当するものとする。

- (1) 妊婦健康診査(母子保健法(昭和40年法律第141号)第13条の規定により実施されるものに限る。以下「妊婦健診」という。) 住所地(里帰りしている場合は、里帰り先の居住地とする。以下同じ。)から妊婦健康診査助成券を利用する妊婦健診のため産科医療機関等まで移動(当該補助対象者が選択した移動手段において、地理的条件や気象条件、交通事情その他の事情を勘案して、当該移動手段による標準的な移動をいう。以下同じ。)を要する妊婦
  - (2) 出産 住所地から出産のため分娩取扱施設(妊婦の受入が可能な分娩取扱施設に限る。以下同じ。)まで移動を要する妊婦
  - (3) 産婦健康診査(母子保健医療対策総合支援事業の実施について(令和5年6月30日付けこ成母第36号こども家庭庁成育局長通知)の規定により実施されるものに限る。以下「産婦健診」という。) 住所地から産婦健康診査助成券を利用する産婦健診のため産科医療機関等まで移動を要する産婦
  - (4) 不妊治療
    - ア 住所地から不妊治療のため不妊治療実施施設(生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出医療機関に限る。以下同じ。)まで移動を要する夫婦(事実婚を含む。)
    - イ 対象となる不妊治療は、保険適用の対象となる生殖補助医療及び男性不妊治療とする。
  - (5) 産後ケア事業(母子保健法(昭和40年法律第141号)第17条の2の規定により実施されるものに限る。) 住所地から産後ケアのため産後ケア事業実施施設まで移動を要する母子
  - (6) 乳幼児健康診査(以下「乳幼児健診」という。)
    - ア 住所地から乳幼児健診を受診できる医療機関等まで移動を要する母子
    - イ 対象となる乳幼児健診は、1か月児健診、3～6か月児健診、9～11か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診、5歳児健診とする。
- 2 前項の規定にかかわらず、町税等町の徴収金を滞納しているときは、補助対象

者としない。

(補助対象経費及び上限回数)

第3条 補助事業の対象となる経費は、住所地からの移動に要した経費（往復分）であって、通常利用すると判断できる経路として町長が適当と認めるものとする。

2 補助回数の上限は、次の各号に掲げる回数とする。

- (1) 妊婦健診 母子健康手帳交付後の妊婦健診につき14回（ただし、多胎妊娠であるときは19回）
- (2) 出産 1回
- (3) 産婦健診 2回
- (4) 不妊治療 10回（ただし、男性不妊治療は5回）
- (5) 産後ケア事業 7回
- (6) 乳幼児健診 6回

(補助金額)

第4条 補助金の額は、次の各号により算出した額とする。

- (1) タクシー又は公共交通機関 実費額（ただし、タクシーは緊急を要するなど、町長が特に認めた場合に限る。）
- (2) 自家用車1km（片道50kmを超える部分及び1km未満の端数は、これを切り捨てる。）の移動につき37円を乗じて得た額（有料道路の利用料金は、緊急を要するなど町長が特に認めたときに限り加算することができる。）

(交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者は、補助対象の経費を支出した最も遅い日から起算して6か月以内に、次に掲げる書類を町長に提出しなければならない。

- (1) 出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) その他町長が必要と認める書類

(交付決定及び補助金の額)

第6条 町長は、前条第1号の規定による申請書兼請求書を受理したときは、その内容を審査し、補助金の交付の可否を決定するとともに補助金の額を確定し、出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付決定通知書（様式第2号）により、当該申請した者（以下「申請者」という。）に通知するものとする。

(返還)

第7条 町長は、申請者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、補助金の交付の決定を取り消し、既に交付した補助金の返還を命ずるものとする。

- (1) 偽りその他不正な手段により補助金の交付決定を受けたとき。
- (2) この要綱の規定に違反したとき。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

佐用町長 様

出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付申請書兼請求書

出産・健診安心アクセス支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

記

1 申請（請求）額 \_\_\_\_\_ 円

2 申請者情報

（フリガナ） 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
里帰り先住所	〒		
出産（予定）日	年 月 日	退 院 日	年 月 日
医療機関等1 （名 称） （所在地）			
医療機関等2（複数利用の場合） （名 称） （所在地）			
確認項目 該当項目に☑	<input type="checkbox"/> 自宅等から産科医療機関等まで概ね60分以上の移動時間を要する 移動時間（ 分） 交通費（タクシー・電車・バス・その他）		
	<input type="checkbox"/> 医学上の理由等で周産期母子医療センターにおいて出産する必要がある 自宅等から最も近い周産期医療センターまで 移動時間（ 分） 交通費（タクシー・電車・バス・その他）		
	<input type="checkbox"/> 最も近い産科医療機関等では事情により分娩不可であり、遠方の産科医療機関 等でしか受入ができない 理由 _____ 自宅等から受入れ先分娩施設まで 移動時間（ 分） 交通費（タクシー・電車・バス・その他）		

3 補助金振込先

金融機関	支店	種別	口座名義・口座番号
兵庫西農協・兵庫信金・淡陽信組 西兵庫信金・ゆうちょ銀行 その他（ ）		普通 ・ 当座	

#### 4 交通費【経路の申告】

##### 自家用車の経路（片道）

ルート	移動区間	距離分の料金 (A)	高速道路利用区間 (B) ※緊急時のみ	算定額 (A+B) × 0.8
① 移動時間 時間 分	⇒	Km × 37 円 = 円 (1 km未満は切り捨て)	⇒ 高速道路料金 ( 円)	円
② 移動時間 時間 分	⇒	Km × 37 円 = 円 (1 km未満は切り捨て)	⇒ 高速道路料金 ( 円)	円
③ 移動時間 時間 分	⇒	Km × 37 円 = 円 (1 km未満は切り捨て)	⇒ 高速道路料金 ( 円)	円

##### 公共交通機関の経路（片道）

ルート	交通手段	移動区間	運賃 (A)	特急利用区間 (B) ※緊急時のみ	算定額 (A+B) × 0.8
④ 移動時間 時間 分		⇒	円	⇒ 指定席・自由席 特急料金 円	円
		⇒	円		
		⇒	円		
⑤ 移動時間 時間 分		⇒	円	⇒ 指定席・自由席 特急料金 円	円
		⇒	円		
		⇒	円		
⑥ 移動時間 時間 分		⇒	円	⇒ 指定席・自由席 特急料金 円	円
		⇒	円		
		⇒	円		

5 交通費【料金の申告】

区分	移動日	移動ルートおよび交通費			添付書類	合計料金	
		往復	ルート番号	算定額			
( )	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	( )	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
( )	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	年 月 日	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		

補助申請額合計
円

【申請上の注意】

- (1) 母子健康手帳をお持ちの方は、申請書提出の際に母子健康手帳（健康診査日、出産日及び出産予定日が記載されている部分）を持参してください。
- (2) 診療明細書又は領収書を持参してください。医療費受給者証等を使用して医療費の負担がなかった場合は、受診した医療機関等の窓口で診療明細書を発行して持参してください。
- (3) タクシー利用、自家用車による有料道路利用、鉄道による急行料金等の利用、その他町長が必要と認める場合は、領収書又は利用証明書の持参を求めることがあります。

【記載上の注意】

- (1) 医療機関等は、自宅又は里帰り先から出産のために入院した、もしくは受診した産科医療機関等を記載してください。
- (2) 特に県外の医療機関を受診する場合等、利用する医療機関等が補助対象となるかについては、あらかじめお問い合わせください。

## ハイリスク妊産婦該当事項調査票

医学的な理由等により、周産期母子医療センターで出産等する必要がある妊産婦のみ記入してください。

### 【調査に関する同意書】

私は、出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付要綱第3条第1項各号イに規定する補助対象者であることを証明するために、最も近い産科医療機関等及び周産期母子医療センター等に対して、町が下記の該当事項①～③に関する該当の有無について調査することについて、

同意します ・ 同意しません

\*同意しない場合：分娩取扱施設（周産期母子医療センター）から発行してもらった診断書をご提出ください。（診断書発行に要した文書料は補助対象外です。）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 申請者（代理人）氏名： \_\_\_\_\_（署名）

\*代理人の場合利用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

確認方法	<input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関への聞き取り等 <input type="checkbox"/> 受入先の周産期母子医療センターへの聞き取り等 <input type="checkbox"/> 医師所見又は該当事項が記載している妊婦健診結果票 <input type="checkbox"/> 診断書又は診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 妊婦本人への聞き取り <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
------	--

【以下 町記載欄】

<該当事項> 当てはまるものにチェックする。 \*記入者：(職名) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

① 【ハイリスク分娩管理対象者】

- 妊娠22週から32週未満の早産の者  40歳以上の初産時  分娩前のBMIが30以上の初産時者
- 妊婦高血圧症候群患者の患者  前置胎盤早期剥離  前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）
- 双胎同時胎盤出血  多胎妊娠  子宮内胎児死再産延  心疾患（治療中のものに限る。）
- 糖尿病（治療中のものに限る。）  白血病（治療中のものに限る。）  特異性血小球減少性貧血（治療中のものに限る。）
- 血友病（治療中のものに限る。）  出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）  H1V陽性
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の剖宮手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
- 剖宮産（当該保険医療機関において剖宮産法を実施している者又は他の保険医療機関において剖宮産法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

② 【ハイリスク妊産婦管理対象者】

- 妊娠22週から32週未満の早産の者（早産するまでの患者に限る。）  妊婦高血圧症候群患者の患者  前置胎盤
- 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、察察の痛大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示し、かつ以下のいずれかを満たすものに限る。
- (P) 前期羊水を合併したもの (Q) 羊水過多症又は羊水過少症のもの (R) 超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
- (I) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介又は搬送されたもの (J) 早産徴候(coccyxlysis index)が3点以上のもの
- 心疾患（治療中のものに限る。）  糖尿病（治療中のものに限る。）  甲状腺疾患（治療中のものに限る。）
- 腎疾患（治療中のものに限る。）  膠原病（治療中のものに限る。）  特異性血小球減少性貧血（治療中のものに限る。）
- 白血病（治療中のものに限る。）  血友病（治療中のものに限る。）  出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）
- H1V陽性  Rh不適合
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の剖宮手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
- 剖宮産（当該保険医療機関において剖宮産法を実施している者又は他の保険医療機関において剖宮産法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

③ 【ハイリスク妊産婦・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者】

- 胎児に何らかの疾患が認められた者  早産歴（妊娠22週～妊娠36週までの出産歴）がある者  前年妊婦
- その他最も近い分娩取扱施設での出産が困難と判断された者

(医師等の所見： \_\_\_\_\_)



#### 4 交通費【経路の申告】

##### 自家用車の経路（片道）

ルート	移動区間	距離分の料金 (A)	高速道路利用区間 (B) ※緊急時のみ	算定額 (A+B)
① 移動時間 時間 分	⇒	Km×37円= 円 (1km未満は切り捨て)	⇒ 高速道路料金 ( 円)	円
② 移動時間 時間 分	⇒	Km×37円= 円 (1km未満は切り捨て)	⇒ 高速道路料金 ( 円)	円
③ 移動時間 時間 分	⇒	Km×37円= 円 (1km未満は切り捨て)	⇒ 高速道路料金 ( 円)	円

##### 公共交通機関の経路（片道）

ルート	交通手段	移動区間	運賃 (A)	特急利用区間 (B) ※緊急時のみ	算定額 (A+B)
④ 移動時間 時間 分		⇒	円	⇒ 指定席・自由席 特急料金 円	円
		⇒	円		
		⇒	円		
⑤ 移動時間 時間 分		⇒	円	⇒ 指定席・自由席 特急料金 円	円
		⇒	円		
		⇒	円		
⑥ 移動時間 時間 分		⇒	円	⇒ 指定席・自由席 特急料金 円	円
		⇒	円		
		⇒	円		

5 交通費【料金の申告】

区分	移動日	移動ルートおよび交通費			添付書類	合計料金
		往復	ルート番号	算定額		
( )	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円	
	復路		円	<input type="checkbox"/> その他		
( )	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
( )	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	往路		円	<input type="checkbox"/> 領収書	円
		復路		円	<input type="checkbox"/> その他	

補助申請額合計
円

**【申請上の注意】**

- (1) 妊婦健診・出産による申請時は、母子健康手帳（健康診査日、出産日及び出産予定日が記載されている部分）を持参してください。
- (2) 診療明細書又は領収書を持参してください。妊婦健診助成券を使用して医療費の負担がなかった場合は不要です。その他の理由で負担が生じなかったときは、受診した医療機関等の窓口で診療明細書を発行して持参してください。
- (3) タクシー利用、自家用車による有料道路利用、鉄道による急行料金等の利用、その他町長が必要と認める移動手段について、領収書又は利用証明書の持参を求めることがあります。

**【記載上の注意】**

- (1) 医療機関等は、自宅又は里帰り先から出産のために入院した、もしくは受診した産科医療機関等を記載してください。
- (2) 特に県外の医療機関を受診する場合等、利用する医療機関等が補助対象となるかについては、あらかじめお問い合わせください。

## ハイリスク妊産婦該当事項調査票

医学的な理由等により、周産期母子医療センターで出産等する必要がある妊産婦のみ記入してください。

### 【調査に関する同意書】

私は、医学的な理由等により、周産期母子医療センターで出産等する必要がある妊産婦であり、産科医療機関等及び周産期母子医療センター等に対して、町が下記の該当事項①～③に関する該当の有無について調査することについて、

同意します ・ 同意しません

\*同意しない場合：分娩取扱施設（周産期母子医療センター）から発行してもらった診断書をご提出ください。（診断書発行に要した文書料は補助対象外です。）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 申請者（代理人）氏名： \_\_\_\_\_（署名）

\*代理人の場合利用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

確認方法	<input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関への聞き取り等 <input type="checkbox"/> 受入先の周産期母子医療センターへの聞き取り等 <input type="checkbox"/> 医師所見又は該当事項が記載している妊婦健診結果票 <input type="checkbox"/> 診断書又は診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 妊婦本人への聞き取り <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
------	--

【以下 町記載欄】

<該当事項> 当てはまるものにチェックする。 \*記入者：(職名) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

① 【ハイリスク分娩管理対象】

- 妊娠22週から32週未満の早産の者  40歳以上の初産時  分娩前のBMIが36以上の初産時者
- 妊婦高血圧症候群患者の患者  帝王切開早期剥離  前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）
- 双胎同時胎盤形成  多胎妊娠  子宮内胎児死再産延  心疾患（治療中のものに限る。）
- 糖尿病（治療中のものに限る。）  白血病（治療中のものに限る。）  特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）
- 血友病（治療中のものに限る。）  出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）  H1V陽性
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の剖宮手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
- 剖宮産（当該保険医療機関において剖宮産法を実施している者又は他の保険医療機関において剖宮産法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

② 【ハイリスク妊娠管理対象】

- 妊娠22週から32週未満の早産の者（早産するまでの患者に限る。）  妊婦高血圧症候群患者の患者  前置胎盤
- 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、察察の痛大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示し、かつ以下のいずれかを満たすものに限る。
- (P) 前期羊水を合併したもの (Q) 羊水過多症又は羊水過少症のもの (R) 超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
- (I) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介又は搬送されたもの (J) 早産徴候(cocoylisis index)が3点以上のもの
- 心疾患（治療中のものに限る。）  糖尿病（治療中のものに限る。）  甲状腺疾患（治療中のものに限る。）
- 腎疾患（治療中のものに限る。）  膠原病（治療中のものに限る。）  特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）
- 白血病（治療中のものに限る。）  血友病（治療中のものに限る。）  出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）
- H1V陽性  Rh不適合
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の剖宮手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
- 剖宮産（当該保険医療機関において剖宮産法を実施している者又は他の保険医療機関において剖宮産法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

③ 【ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者】

- 胎児に何らかの疾患が認められた者  早産歴（妊娠22週～妊娠36週までの出産歴）がある者  前年妊婦
- その他最も近い分娩取扱施設での出産が困難と判断された者

(医師等の所見： \_\_\_\_\_)

様式第2号（第6条関係）

第 号

年 月 日

様

佐用町長

出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました出産・健診安心アクセス支援事業補助金については、下記のとおり交付（不交付）することと決定しましたので出産・健診安心アクセス支援事業補助金交付要綱の規定により通知します。

記

決定額 \_\_\_\_\_ 円

（不交付決定の理由）