

世田谷区妊婦健康診査等・新生児聴覚検査 費用助成制度のご案内 ※窓口受付不可

世田谷区では、妊婦健康診査、子宮頸がん検診、超音波検査と新生児聴覚検査を、「都外または国外の医療機関」や「妊婦健康診査受診票を使用することができない助産所」で受診した場合に、各健診等に要した費用の一部を助成します。

1. 妊婦健康診査等費用助成

(1) 助成対象者

- 妊婦健康診査等の受診日に世田谷区内に住民登録がある方で、次のいずれかに該当する方
 - (1) 里帰り等により都外または国外の医療機関にて自費で受診した方
 - (2) 妊婦健康診査受診票を使用することができない助産所で受診した方

(2) 申請期限

- 出産した日から1年以内（お子さんが1歳のお誕生日を迎える前日まで）【必着】
※世田谷区から転出した場合、出産前でも申請ができます。
※できる限り、受診分を一括してご申請ください。

(3) 助成の対象

- 妊婦健康診査、子宮頸がん検診、超音波検査それぞれの受診票に記載されている検査項目
- 実際に受診した回数分の助成
※未使用の受診票の枚数（回数）を超えての助成はできません。

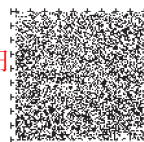
(4) 助成対象外のもの

- 受診票を使用せずに、都内の妊婦健康診査委託医療機関等で受診した費用
- 保険が適用された費用
- 母子健康手帳（親子健康手帳）の交付日より前に医療機関等で受診した費用
- 分娩、出産にかかる費用
- 母の産後健診の費用

(5) 助成上限額

	令和6年度助成上限額	令和7年度助成上限額
妊婦健康診査【1回目】 （表紙案内が白色、受診票の1枚目が水色）	10,980円	11,280円
妊婦健康診査【2～14回目】 （表紙案内が白色、受診票の1枚目が黄色）	1回あたり 5,140円	5,280円
子宮頸がん検診【1回分】 （表紙案内が白色、受診票の1枚目が桃色）	3,400円	3,400円
超音波検査【4回分】 （表紙案内が白色、受診票の1枚目が白色）	5,300円	5,300円

※上限額は受診する年度によって変更する場合があります。令和7年度の上限額については、区のホームページ「妊婦健康診査について」にてご確認ください。



2. 新生児聴覚検査費用助成

（１）助成対象者

- ・ 新生児聴覚検査の受診日に世田谷区内に住民登録がある保護者で、次のいずれかに該当する方
 - （１）里帰り等により都外または国外の医療機関にて受診した子の保護者
 - （２）助産所および、受診票が使えない都内の医療機関で受診した子の保護者

（２）申請期限

- ・ 出産した日から１年以内（お子さんが１歳のお誕生日を迎える前日まで）【必着】

（３）助成の対象

- ・ 次のいずれにも該当する場合
 - （１） 生後５０日に達する日までに実施した新生児聴覚検査の初回検査であること
 - （２） 自動聴性脳幹反応検査（自動ＡＢＲ）または、耳音響放射検査（ＯＡＥ）により検査した場合
 - （３） 自費で受けた場合

（４）助成対象外のもの

- ・ 受診票を使用せずに、都内の新生児聴覚検査委託医療機関で受診した場合
- ・ 保険が適用された場合

（５）助成上限額

- ・ ３，０００円（令和６年度助成上限額） **令和７年度助成上限額 ３，０００円**
※新生児聴覚検査費用が３，０００円を超える場合、超えた金額については自己負担になります。
※上限額は受診する年度によって変更する場合があります。令和７年度の上限額については、
区のホームページ「新生児聴覚検査について」にてご確認ください。

3. 共通事項

（１）確定申告をする場合

- ・ 確定申告をする場合は、上記の費用助成金額を除いた金額で申告する必要があります。
費用助成金を申請し、金額が確定した後に確定申告を行ってください。
- ・ 助成金申請から支払いまでは、おおよそ２～３か月かかります。
- ・ **やむを得ず費用助成を申請する前に確定申告をする場合は・・・**
領収書の金額から費用助成金額（見込み額）を控除した上で申告し、費用助成の申請後、
確定した助成金額が見込み額と異なる場合には税務署にて修正申告をしてください。

(2) 手続きに必要な書類 (書類に不備がないようご注意ください)

	妊婦健康診査等費用助成	新生児聴覚検査費用助成	備考
申請書兼 ☐ 座振替依頼書 ※様式は区ホームページからもダウンロードできます。	・世田谷区妊婦健康診査等費用助成金申請書兼 ☐ 座振替依頼書 (白色)	・世田谷区新生児聴覚検査費用助成金申請書兼 ☐ 座振替依頼書 (桃色)	・記入例 (ご案内の最後のページ) をご参照ください。 ・鉛筆・修正液・消えるインクは使用しないでください。 ・訂正する場合は二重線をお願いします。
未使用の受診票	・妊婦健康診査受診票 (表紙の案内が白色) ・子宮頸がん検診受診票 (表紙の案内が白色) ・超音波検査受診票 (表紙の案内が白色)	・新生児聴覚検査受診票 (表紙の案内が肌色)	・本人記入欄等、記載の有無は問いません。 ・受診票は1回3枚綴りですので、3枚綴りのままご提出ください。
母子健康手帳 (親子健康手帳) の該当ページのコピー	・「妊娠中の経過」欄のコピー ※令和6年度に発行された母子健康手帳の場合はP8～9	・「検査の記録」欄のコピー (「新生児聴覚検査」結果の表) ※令和6年度に発行された母子健康手帳の場合はP18	・縮小不可
医療機関発行の領収書のコピー ※白黒片面印刷	・受診票が使用できない助産所や都外医療機関が発行した健診等の費用が含まれる領収書のコピー	・助産所や都外医療機関が発行した検査費用が含まれる領収書のコピー	・返却しません。 ・宛名・受診日・金額・領収印が写るようにコピーしてください。(縮小不可)
医療機関発行の診療費明細書のコピー	・上記領収書と一緒に発行された明細書のコピー	・上記領収書と一緒に発行された明細書のコピー	・返却しません。

※国外の医療機関で受診した場合、申請者があらかじめ当該領収書のすべての記載内容を日本語に翻訳した資料を同封の上、申請してください。助成金額は申請書を受け付けた時点の為替レートで換算します。

(3) 郵送先・問い合わせ先

〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1 城山分庁舎
 世田谷保健所健康推進課 妊婦健康診査等・新生児聴覚検査担当
 TEL 03-5432-2446 FAX 03-5432-3102

※申請の受付方法は、**郵送のみ**となります。※窓口での受付はしていません。

※助成金申請から支払いまでは、おおよそ2～3か月かかります。

※審査結果については、決定通知書を送付します。

※書類に不備がある場合は、電話にてご連絡させていただきます。不足書類を送付していただくなど、審査に時間がかかった場合は、支払いが遅れる場合がありますので、ご了承ください。

※申請は、妊婦健康診査等と新生児聴覚検査をなるべく一緒をお願いいたします。なお、同時に申請された場合でも、審査結果通知の送付時期、支払いの時期が異なることがあります。ご了承ください。

下記を切り取り、封筒に貼ってご使用ください。

切り取り線

〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1 城山分庁舎

世田谷保健所健康推進課 妊婦健康診査等・新生児聴覚検査担当 行

封をする前にもう一度ご確認ください

☐ 申請書 ☐ 未使用の受診票 ☐ 母子健康手帳 (親子健康手帳) のコピー ☐ 領収書のコピー ☐ 診療費明細書のコピー

記入例

世田谷區妊婦健康診査等費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 中野 実

世田谷区妊婦健康診査等費用助成金(以下「助成金」といふ。))について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
なお、申請により、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ	セタガヤ ハナコ	
申請者 (訂正不可)	世田 花子	
申請日	令和7年5月1日	出生年月日
転出先	世田谷区 世田谷4-24-1	
決定通知書 送付先住所	申請日から決定通知が届くまで2、3か月かかります。 世田谷区より転出して いる場合のみ記入 情がある場合は「〇〇様方」と滞在先の名字も記入してください。	
電話番号	090 ー 日中、連絡がとれる電話番号を記入してください (携帯・里帰り先)	
母子健康手帳 交付日	令和6年9月3日	出生前・予定日
母子健康手帳 交付日	令和7年4月8日	出生前・予定日
申請金額(請求額)	金 円	

※訂正は不可

※転出された方は世田谷区での住所を記入

※妊産婦名を記入

※母子健康手帳の表紙

※未記入で可。

※助成金額は区が決定します

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。
口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関 名及び支店名	セブチ 銀行	信託金庫・信用組合 ・労働金庫・農協	世田谷	現金種別	普通
コード	1	1	1	1	2
フリガナ ※必ず記入	セブチヤ	ハナコ	本店・ <u>支店</u> 出張所	口座番号	7
口座名義人	世田谷 花子				
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所	申請者と同住所・別住所 []				
口座名義を田庭使用している場合はチェック印してください→					

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

☒	未使用の 受診票	妊婦健診 回目	妊婦健診2回以下(4 枚)	子宮頸がん検診 超音波検査(枚)
☒	母子健康手帳 (親子健康手帳) のコピー	※添付した受診票を○で囲んでください。 ※受診票を使用せず、受診したことを確認するために、必ず提出してください。 ※本人記入欄に記載があっても構いません。3枚綴りのままご提出ください。 「妊婦中の経過」欄のコピー(縮小不可) ※令和6年度に発行された母子健康手帳(親子健康手帳)の場合はP8～9		
☒	医療機関発行の 領収書のコピー	医療機関が発行した健診等の費用が含まれる領収書のコピー(返却しません)		
☒	医療機関発行の 診療費明細書の コピー	上記領収書と一緒に発行された明細書のコピー(返却しません)		

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いします。

【区域处理欄】

区の記事欄です

伯

確認	
----	--

支給

記入例

田谷區新生兒聽賞檢査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 中野 実

世田谷区新生児聴覚検査費用助成金(以下「助成金」といふ。))について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ セタガヤ ハナコ		申請日 令和 7 年 5 月 1 日
申請者 (訂正不可)	世田谷 花子	
〒 154-0017 世田谷区 世田谷 4-24-1	※転出された方は世田谷区での住所を記入	
現住所	転出先	※世田谷区より転出して いる場合のみ記入 別な事情がある場合は（ ）様方）
決定通知書 送付先住所	申請から決定通知が届くまで2、3か月かかります。 引越し出発など、最短期間、現住所へ転出先不在のため、通知を受け取れない場合には も記入してください。 ご家族等で名字が異なる場合は〇〇様方と滞在先の名字も記入してください。	
電話番号 03 日中、連絡がたれる電話番号を記入してください。	検査を受けた者の との関係 母	令和 7 年 4 月 10 日
フリガナ セタガヤ タロウ の氏名	新生児からみた関係を 記入ください。	
検査を受けた新生児の氏名を 記入ください。	未記入可。	
申請金額(請求額) 金 円 ※助成金額は区が決定します		

申請書には写真の貼着箇所がない場合があります。訂正は不可

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。
口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関 名及支店名	セツカ 信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農協	世田谷	預金種別	普通						
コード	1 1 1 1 1	本店 支店 コード	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	※必ず記入 セツカヤ ハナコ	口座名義を旧住所用いている場合はチェック☑してください→								
口座名義人	世田谷 花子									
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所		申請者と同居所・別住所 []								

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

☒	未使用の受診票	新生児聴覚検査 ※受診票を使用せずに受診したことを確認するために、必ず提出してください。 ※本人記入欄に記載があっても構いません。3枚綴りのままご提出ください。
☒	母子健康手帳（親子健康手帳）のコピー	【検査の記録】欄のコピー（「新生児聴覚検査」結果の表） ※令和6年度に発行された母子健康手帳（親子健康手帳）の場合にはP18
☒	医療機関発行の領収書のコピー	医療機関が発行した検査費用が含まれる領収書のコピー（返却しません） ※領収書の診療日に検査日が含まれること
☒	医療機関発行の診療事象明細書のコピー	上記領収書と一緒に発行された明細書のコピー（返却しません）

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いします。

【区処理欄】

区の記入欄です

[illegible]