

## 出産前に新型コロナウイルスPCR検査等を受けた妊婦・産婦の皆様へ (令和5年度版)

京都府では、安心・安全に出産を迎えていただくため、希望する全妊婦が、出産前の新型コロナウイルスへの感染の有無を確認するためのPCR検査等を受けることができるよう、検査費用の助成を行っております。新型コロナウイルスPCR検査等を受け、費用を窓口負担された方は、京都府へ申請いただくと9千円を上限に、検査費用を返還します。

これから、PCR検査等を希望される方の受検方法は**黄色**のチラシをご覧ください。

**対象者**：京都府内(京都市除く)に居住(里帰り含む)し、対象期間中に出産前に新型コロナウイルスの感染を確認するためのPCR検査等を受けた方

※京都市在住の方は、本事業に相当する事業を京都市が実施していますので、そちらをご利用ください。

※「里帰り」の方は、住民票のある都道府県(政令市・中核市)で「同様の制度を行っているか」「助成が受けられるか」をご確認してから申請願います。

**対象期間**：令和5年4月1日～令和5年9月30日に実施した検査  
※令和5年10月1日以降に受けた検査は対象外となります。

**助成内容**：出産前に新型コロナウイルスの感染の有無を確認するために実施したPCR検査等にかかる費用(上限9千円)

**申請方法**：以下の申請に必要な書類一式を、京都府こども・青少年総合対策室母子保健係まで、郵送で提出してください。(令和5年10月31日までに申請してください。)

### 《申請に必要な書類》

①交付申請書(産科医療機関・市町村母子保健担当窓口・京都府ホームページから入手可能)

②PCR検査等の実施に要した費用に係る領収書(原本)

※領収書に「PCR検査」という記載がない場合、又は「検査年月日」の記載がない場合は、母子手帳の写し(表紙、分娩予定日(P4)、検査の記録(P10))など検査内容等が確認できるものを添付ください。

※ご提出いただいた領収書から検査内容や金額等が不明である場合には、京都府から、領収書を発行した医療機関等へ確認させていただくことがあります。

③本人の住所、氏名が確認できるもの(運転免許証の写し、健康保険証(住所の記載のあるもの)の写し等)

④金融機関振込先が確認できるもの(通帳の写し等)

※受付から交付決定まで2箇月ほどかかりますので御了承願います。

### 提出・お問合せ先

京都府健康福祉部こども・青少年総合対策室母子保健係

〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪之内町

TEL：075-414-4727

Mail：[kodomo@pref.kyoto.lg.jp](mailto:kodomo@pref.kyoto.lg.jp)

京 都 府 知 事 様

**記入例**  
**(太枠内を記入)**

検査日以降の日付を記入

年 月 日

申請者 **京都 花子**  
(記名押印又は署名)

京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付申請書

新型コロナウイルス感染症の感染について不安がある（または基礎疾患を有している）ためにウイルスの感染の有無を確認する検査を受けたので、補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号）及び京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付要領第5条第1項に基づき、下記のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

申請者氏名 (PCR検査等を受ける御本人)	(ふりがな) きょうと はなこ <b>京都 花子</b>
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 - <b>京都府宇治市〇×町△</b> TEL: ( ) <i>ご住所、ご氏名が確認できる資料を添付願います。</i>
里帰り先等住所 (他府県から京都府内の親族宅等へ里帰りされている方のみ記載)	〒 - <u>(いわゆる「里帰り」の方は、「京都でのお住まい」を記入願います。)</u> TEL: ( )
かかりつけ産婦人科	〇〇 <b>産婦人科医院</b>
PCR検査等を受けた医療機関	△△ <b>病院</b>
同意書 (右欄の内容を御確認の上、チェック(☑)を入れてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します。  この補助金は、1人あたり1回の妊娠につき1回の補助であることを理解したので、京都府が、他の自治体や医療機関等に補助金等の申請状況や検査の内容等を確認する際に、本申請書及び添付資料に含まれる個人情報を利用することに、同意します。

チェック

※ 下記口欄のどちらかにチェック(☑)を入れ、必要事項を記載ください。

□	PCR検査等に要した費用に係る補助金の請求及び受領について、	_____年 _____	<b>記入しない</b>	(甲頭有氏名)	(記名押印又は署名)					
	PCR検査等に要した費用を既に支払ったので、下記の振込先に入金願います。									
☑	口座振込先									
	××	銀行 信用金庫	丸太町		支店 出張所	預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	口座番号 (右詰で記入)	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カタカナ)	<b>キョウト ハナコ</b>
① 口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。 (者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。)										
振込を選択された場合は、「PCR検査等の実施に要した費用に係る領収書(原本)」「金融機関振込先が確認できるもの」を添付願います。										

チェック

添付書類

1. 本人の住所、氏名等が確認できるもの