

## 神戸市不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症 PCR 検査助成事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症により不安を抱える妊婦の不安解消を図るため、国が定める母子保健医療対策総合支援事業実施要綱（以下「国要綱」という。）別添 2-1「不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業」及び同要綱別添 2-2「不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業の要件について」に基づき、不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス検査に対する費用の助成に関する事業（以下「本事業」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

### (実施主体)

第2条 本事業は兵庫県及び別表に掲げる市（以下「兵庫県等」という）が県内の妊婦健診を実施しているかかりつけ産科婦人科医療機関（以下「受託医療機関」という）と契約して実施する。

### (対象者)

第3条 この要綱により検査を受けることができる対象者（以下「対象者」という）は、次の要件をすべて満たし、うつ状態にあるなど不安を抱える者、基礎疾患（慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等）を有する者、かかりつけの産科婦人科医療機関の医師が健康状態により検査が可能と判断したものとする。ただし、知事及び別表に掲げる市の長（以下「知事等」という）が国要綱別添 1-1 の 4. 留意事項(2)の規定を踏まえ、個別に助成の対象としたものについては、この限りではない。

- (1) 兵庫県内に在住又は県内の産科婦人科医療機関を受診している分娩前の妊婦であること。
- (2) 国要綱別添 1-2 の要件を満たす自治体内において検査を受検していること。
- (3) 他の自治体を実施する国要綱に基づく本事業の助成を受けていないと認められること。
- (4) 検査受検時点で新型コロナウイルス感染症を疑う症状がなく、受検前に第2条の受託医療機関に対して、検査申込書兼同意書を提出し、受託医療機関により国要綱別添 1-2 3. (2) ②に規定される適切な検査前説明を受けたと認められること。なお、受託医療機関は、妊婦が適切な検査前説明を受けたことを確認できるよう、提出された検査申込書について、検査を実施した年度から5年間保管するものとする。

### (事業内容)

第4条 この事業の内容は次に掲げるものとする。

#### (1) 受検希望者への検査前説明

本事業による検査を希望する妊婦について、事前に下記の説明を行うこと。

- ア 検査は妊婦が希望する場合に任意で行われるものであること。ただし、陣痛発来など妊婦の状態に応じて新型コロナウイルス感染症の検査よりも必要な処置が優先される可能性があること。
- イ 検査の性質上、偽陽性、偽陰性が一定の確率で起こりうること。
- ウ 検査結果が陽性の場合、対応については、かかりつけ産科婦人科医療機関の医師の判断に従うこと。

エ 検査結果が陽性の場合、医師の判断により、分娩場所の変更や計画分娩、帝王切開等での分娩の可能性があること。

オ 検査結果が陽性の場合、医師の判断により、分娩後の一定期間、母子分離等となる可能性があること。

カ 新型コロナウイルス感染症に感染した妊産婦は、希望により継続的なケア支援が提供されること。

(2) 検体採取・結果説明

(1) において検査前説明を行った上で、同意を得られた妊婦に対して、PCR 検査を行うための検体を採取し、検査結果判明後、速やかに妊婦へ説明する。

(3) 検査費用の請求

(2) において検体採取を行い、結果を説明した妊婦に対して、申請書を取りまとめ、四半期毎に兵庫県等へ請求する。

(検査における連携・協力)

第5条 本事業の実施にあたり、兵庫県医師会、兵庫県産科婦人科学会、健康福祉事務所、政令市・中核市保健所等と十分に連携を図り、対象者が陽性の場合には感染症法に基づき届け出を行うとともに、希望に応じて専門職による専門的ケアや電話での相談支援を勧奨すること。

(実績報告)

第6条 検査を実施した県内の産科婦人科医療機関は、兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症 PCR 検査事業委託契約書に基づき、兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症 PCR 検査事業実績報告書(様式第1号)により、兵庫県等に報告する。

(検査費用の支払い)

第7条 受託医療機関で受けた検査に要した費用に対し、1回の妊娠につき1回の検査に限り、9,000円を限度に支払うものとする。ただし、令和5年9月30日までに受検したものに限り。

(申請及び決定)

第8条 本事業による費用は、以下のいずれかの方法で申請する。

(1) 検査を受検した対象者が直接検査費用を申請する場合

対象者は、検査を受検した日の属する年度の10月10日(当該日が土日、祝日の場合は、翌開庁日)までに、知事等あてに兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症 PCR 検査事業申請書(様式第2号)(以下「申請書」という。)を提出しなければならない。

(2) 受託医療機関が請求する場合

受託医療機関が、兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス検査事業請求書(様式第3号)(以下「請求書」という。)に申請書を添付して、前号に定める期限までに知事等へ提出するものとする。

なお、請求書の提出にあたっては、受託医療機関は検査実施月分の属する四半期毎に、申請書を四半期毎の翌月以降に提出することができることとする。

- 2 前項の申請書には、受託医療機関が発行した検査に要した費用の確認が出来る領収書を添付しなければならない。但し、申請書の検査に要した費用証明欄に受託医療機関による記載及び押印のある場合、添付を省略することができる。
- 3 知事等は、提出のあった本条第1項から第2項に定める書類について審査を行い、請求の可否及び金額について決定し、書類記載の口座振込先へ支払うとともに、請求が認められない場合は、申請書の提出者あてに、兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス検査事業不承認通知書(様式第4号)により通知する。

(費用の返還)

第9条 知事等は、申請書および請求書に虚偽の記載をするなど、不正な手段をもって請求したものに對し、その返還を求めることができる。

- 2 前項の規定により返還請求を受けたものは、速やかに知事等に返還しなければならない。

(個人情報の保護)

第10条 本事業の関係者は、本事業について知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、本事業の推進に必要な事項については、別に定める。

附 則

1 この要綱における様式第2号から第3号中の「兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業実施要綱」は、「神戸市不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査助成事業実施要綱」に読み替えるものとする。

- 2 この要綱は、令和2年12月1日に施行し、令和2年4月1日以降に受けた検査から適用する。
- 3 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 4 この要綱は、令和3年11月1日から施行する。
- 5 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。
- 6 この要綱は、令和5年6月1日から施行する。
- 7 この要綱は、令和5年12月28日をもって廃止する。

別表

|     |
|-----|
| 神戸市 |
| 尼崎市 |
| 西宮市 |
| 明石市 |

第1号様式（第6条関係）

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症  
PCR検査事業実績報告書（県保健所・政令・中核市別）

月分

| 妊婦住所地<br>都道府県／市町村 | 検査件数 | 検査結果 |    |
|-------------------|------|------|----|
|                   |      | 陰性   | 陽性 |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| /                 |      |      |    |
| 計                 |      |      |    |

|          |  |
|----------|--|
| 医療機関名    |  |
| 電話番号     |  |
| 所在地(市町名) |  |

報告日 年 月 日

兵庫県知事・政令市長・中核市長 様

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業申請書

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業実施要綱第8条第1項第1号に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。なお、他自治体を実施する国要綱に基づく助成を受けていないこと、ならびに受検にあたり国が定める検査申込書を検査実施機関に提出しておりますことを申し添えます。

記

|                                      |  |             |
|--------------------------------------|--|-------------|
| 申請者氏名<br>(検査を受ける本人)                  | 〒  | ④           |
| 申請者住所<br>(住民票上の住所)                   | TEL: ( )   | ※昼間に連絡可能な番号 |
| かかりつけ産婦人科                            |  |             |
| 検査実施機関<br>(同上の場合記載不要)                |  |             |
| 検査実施年月日                              | 令和 年 月 日   |             |
| 個人情報の利用及び医師からの検査の説明について<br>【同意・確認事項】 | ・兵庫県・政令市・中核市が本事業の実施に必要な場合、個人情報を関係自治体、関係医療機関等への照会等に利用することに同意します。<br>・医師から【検査申込書】に記載の検査及び陽性となった場合の説明を受けました。<br>申請者氏名 |             |
| ※検査に要した費用証明欄（検査実施機関において記載してください。）    |  |             |
| 検査に要した費用証明書                          |  |             |
| 金 円                                  |  |             |
| 検査に要した費用は上記の通りであることを証明します。           |  |             |
| 令和 年 月 日                             |  |             |
| 所在地                                  |  |             |
| 医療機関名 ④                              |  |             |

※下記の□欄のいずれかにチェック（☑）を入れ、必要事項を記載ください。

| <input type="checkbox"/> | 検査に要した費用に係る助成金の請求及び受領について、検査実施機関に委任いたします。<br>令和 年 月 日<br>(申請者氏名)   |       |     |                |         |  |  |    |      |  |    |    |         |    |  |  |     |    |                 |  |  |  |                |  |
|--------------------------|--|-------|-----|----------------|---------|--|--|----|------|--|----|----|---------|----|--|--|-----|----|-----------------|--|--|--|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 検査に要した費用について下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって事業が承認通知されたものと承いたします。<br><table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="6">口座振込先</th> </tr> <tr> <td>銀行</td> <td>信用金庫</td> <td></td> <td>支店</td> <td>預金</td> <td rowspan="2">□普通 □当座</td> </tr> <tr> <td>農協</td> <td></td> <td></td> <td>出張所</td> <td>種別</td> </tr> <tr> <td>口座番号<br/>(右詰で記入)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>口座名義<br/>(カタカナ)</td> <td></td> </tr> </table> 請求額は下記のとおりです。<br>請求額 金 円 (上限9,000円)<br>添付書類 検査費用に係る領収書(原本) ※上記の「検査に要した費用証明欄」に記載のない場合のみ | 口座振込先 |     |                |         |  |  | 銀行 | 信用金庫 |  | 支店 | 預金 | □普通 □当座 | 農協 |  |  | 出張所 | 種別 | 口座番号<br>(右詰で記入) |  |  |  | 口座名義<br>(カタカナ) |  |
| 口座振込先                    |  |       |     |                |         |  |  |    |      |  |    |    |         |    |  |  |     |    |                 |  |  |  |                |  |
| 銀行                       | 信用金庫   |       | 支店  | 預金             | □普通 □当座 |  |  |    |      |  |    |    |         |    |  |  |     |    |                 |  |  |  |                |  |
| 農協                       |  |       | 出張所 | 種別             |         |  |  |    |      |  |    |    |         |    |  |  |     |    |                 |  |  |  |                |  |
| 口座番号<br>(右詰で記入)          |  |       |     | 口座名義<br>(カタカナ) |         |  |  |    |      |  |    |    |         |    |  |  |     |    |                 |  |  |  |                |  |

検査実施機関は「申請者住所」について、健康保険証や母子健康手帳の内容との照合をお願いします。

兵庫県知事・政令市長・中核市長 様

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業請求書

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業実施要綱第8条第1項第2号に基づき、別添のとおり申請書を提出しますので、下記のとおり支払われるよう請求します。

なお、全ての受検者からは申請書とともに国が定める検査申込書が提出されており、検査申込書は検査実施機関において検査実施の属する年度の翌年度から5年間保管することとしておりますことを申し添えます。

記

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 検査実施機関名<br>代表者名 | ⑩               |
| 検査実施機関所在地       | 〒 ー<br>TEL: ( ) |
| 添付申請書数          | 計 枚             |
| 請求金額            | 金 円             |

※ 振込を希望する口座振込先を記載下さい。

| 口座振込先            |  |  |  |                |   |
|------------------|--|--|--|----------------|---|
| 銀行<br>信用金庫<br>農協 |  |  |  | 支店<br>出張所      | 預金<br>種別  |
| 口座番号<br>(右詰で記入)  |  |  |  | 口座名義<br>(カタカナ) | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |

注) 原則、医療機関名義の口座を記載下さい。

添付書類

1. 助成金の申請及び助成金の受領委任を受けた申請書（原本）

様式第4号（第8条関係）

第 号  
令和 年 月 日

様

兵庫県知事・政令市長・中核市長

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前  
新型コロナウイルス検査事業不承認決定通知書

令和 年 月 日付で申請のあった検査事業費の申請について、不承認  
としたので通知します。

不承認とした理由 \_\_\_\_\_ のため