

砂 川 市 訓 令 第 3 2 号

令和 7年 4月 1日

砂川市妊婦のための支援給付事業実施要綱を次のように定める。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市妊婦のための支援給付事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この訓令は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第10条の2に規定する妊婦のための支援給付に基づき、妊婦の産前産後期間における身体的、精神的及び経済的負担を軽減し、妊婦や胎児である子どもの保健及び福祉の向上に寄与することを目的として実施する砂川市妊婦のための支援給付事業に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この訓令において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 妊婦 産科医療機関を受診し、医師が胎児心拍の確認をした者をいう。ただし、子宮外妊娠をしている者は、胎児心拍の確認がされた場合であっても該当しないものとする。
- (2) 砂川市妊婦のための支援給付事業 前条の目的を達成するために、市によって贈与される給付金(以下「妊婦支援給付金」という。)を支給するほか、砂川市妊婦等包括相談支援事業と効果的に組み合わせることにより、妊婦等への支援を総合的に行う事業(以下「本事業」という。)をいう。
- (3) 砂川市妊婦等包括相談支援事業 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の3第22項に規定する事業であって、市内に住所を有する全ての妊婦及び主に0歳から2歳までの乳幼児を養育する子育て世帯に対し、安心して出産・育児等ができるよう見通しを立てるため、市が妊娠の届出時、妊娠8か月前後、出生後等にアンケート及び対面による面談を継続的に行うことで、関係機関とも必要に応じて情報を共有しながら支援につなげる伴走型相談支援をいう。
- (4) 妊婦給付認定者 妊婦支援給付金の申請時において市内に住所を有する者で、給付を受ける資格を有する妊婦であることを市が認定したものをいう。
- (5) 1回目給付 妊婦支援給付金の1回目の給付として、妊婦給付認定者に5万円を支給することをいう。
- (6) 2回目給付 妊婦支援給付金の2回目の給付として、胎児又は出生児の数を届け出た妊婦給付認定者にその数に5万円を乗じた額を支給することをいう。
- (7) 受給資格認定用診断書 妊娠の届出前の流産、死産若しくは人工妊娠中絶(以下「流産等」という。)又は妊娠の届出後の流産等により、妊娠又は胎児の数の確認が困難な者に対し、妊婦支援給付金の支給の対象となる者(以下「支給対象者」という。)であることを証明する医師の診断書をいう。

(事業開始日)

第3条 本事業の開始日は令和7年4月1日とする。

(支給対象者)

第4条 支給対象者は、次の各号のいずれかに該当する妊婦給付認定者とする。ただし、伴走型相談支援及び出産・子育て応援給付金の一体的実施事業実施要綱（令和4年12月26日付け子発1226第1号）に規定する出産・子育て応援給付金、妊婦支援給付金又はそれらと同等の給付金を既に市又は他市町村から受け取った者を除くものとする。

- (1) 1回目給付 妊娠の届出をした妊婦
- (2) 2回目給付 出産予定日の8週間前の日後において、胎児の数、出産又は流産等の届出をした者

(給付金の申請)

第5条 妊婦支援給付金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める申請書（以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

- (1) 1回目給付 砂川市妊婦のための支援給付金（1回目）申請書（別記第1号様式）
- (2) 2回目給付 砂川市妊婦のための支援給付金（2回目）申請書（別記第2号様式）

2 申請者が、流産等により妊娠又は胎児の数の確認が困難な者である場合においては、前項に規定する申請書に砂川市妊婦支援給付金受給資格認定用診断書（別記第3号様式）を添えるものとする。

2 第1項に規定する申請書の提出は、本事業の支給対象者である妊婦給付認定者が行うものとし、代理人による申請は受け付けないものとする。ただし、当該妊婦給付認定者が1回目給付又は2回目給付の申請を行う前に死亡した場合は、その遺族が代理人として申請を行うことができるものとする。

(給付金の申請期限等)

第6条 前条に規定する申請書は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める期間までに提出するものとする。

- (1) 1回目給付 産科医療機関において胎児心拍が確認された日から起算して2年を経過する日まで
- (2) 2回目給付 出産予定日の8週間前の日又は流産等が産科医療機関において確認された日から起算して2年を経過する日まで

2 前項の規定にかかわらず、災害その他の申請予定者の責めに帰さないやむを得ない特別な事情により申請期限までに申請を行うことができなかった場合は、当該事情がなくなった後3月以内に申請を行うことができる。

(給付金の支給決定等)

第7条 市長は、第5条に規定する申請書の提出があったときは、その内容を確認の上、妊婦支援給付金の支給の可否を決定し、支給を決定したときは、当該申請書に記載された口座に当該妊婦支援給付金を振り込むものとする。

(給付金の支給決定の取消し)

第8条 市長は、前条の規定による支給決定を行った後、申請書の不備による振込不能等があり、確認等に努めたにもかかわらず、当該申請書の補正が行われないことその他当該申請をした者の責めに帰すべき事由により、権利の行使ができる日から起算して2年以内に妊婦支援給付金の支給ができなかったときは、当該支給決定を取り消すことができる。

(不当利得の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正の手段により妊婦支援給付金の支給を受けた者に対し、当該妊婦支援給付金の返還を求めるものとする。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第10条 妊婦支援給付金の支給を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(その他)

第11条 この訓令に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この訓令は、令和7年4月1日から施行する。

(砂川市出産・子育て応援事業実施要綱の廃止)

2 砂川市出産・子育て応援事業実施要綱（令和5年訓令第7号）は、廃止する。

(経過措置)

3 令和7年3月31日までに妊娠の届出をした妊婦のうち、廃止前の砂川市出産・子育て応援事業実施要綱第2条第2号に規定する出産応援給付金の申請を行っていない者は、本事業の支給対象者とみなし、申請を行うことができるものとする。

年 月 日

砂川市妊婦のための支援給付金（1回目）申請書

砂川市長 様

申請者 (フリガナ)
お名前 _____

現住所 _____

電話番号 _____

妊娠届出日 年 月 日 (妊娠 か月)

妊娠届出日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

妊婦のための支援給付金（1回目：妊婦1人につき5万円）の支給を

☐ 希望します。



【誓約・同意事項】

① 他の自治体で、妊婦のための支援給付金（1回目）の支給を受けていません。

※給付金等の支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。他の自治体で支給済の場合、偽り
その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認められるときは、給付金を返還していただきます。

② 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、
相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支
援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、
必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

年 月 日 署名 _____

☐ 希望しません。

※該当する□にチェックを記入してください。また、給付金を希望する方は下欄を記入してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(フリガナのみ)
				※「申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
金融機関コード	支店コード			

【注意事項】

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。
※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。
※裏面に振込先金融機関口座が確認できる書類（通帳やキャッシュカード等）及び本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）のコピーを添付してください。
※申請者（妊娠の届出をされた妊婦）名義の口座について記入してください。

年 月 日

砂川市妊婦のための支援給付金（２回目）申請書

砂川市長 様

申請者 (フリガナ)
お名前

現住所

電話番号

出産予定日又は出産日 年 月 日

胎児又は出生児の数 人 妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関の情報

医療機関の名称

住 所

電 話 番 号

妊婦のための支援給付金（２回目：胎児又は出生児１人につき５万円）の支給を

☐ 希望します。

【誓約・同意事項】

① 他の自治体で、妊婦のための支援給付金（２回目）の支給を受けていません。

※給付金等の支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。他の自治体で支給済の場合、偽り
その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認められるときは、給付金を返還していただきます。

② 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市町村、医療機関、
相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支
援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、
必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

年 月 日 署名

☐ 希望しません。

※該当する□にチェックを記入してください。また、給付金を希望する方は下欄を記入してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(フリガナのみ)
				※「申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
金融機関コード	支店コード			

【注意事項】

- ※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。
- ※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。
- ※裏面に振込先の金融機関口座を確認できる書類（通帳やキャッシュカード等）及び本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）のコピーを添付してください。
- ※申請者（妊婦または出生後の母親）名義の口座について記入してください。

砂川市妊婦支援給付金受給資格認定用診断書

<受診者>

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生 (歳)

<診 断>

胎児心拍確認日 年 月 日

心拍が認められた胎児数 1 ・ 2 ・ ()

流産の種類 自然流産 ・ 人工流産

流産となった日 年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名