

伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱

伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱（平成28年伊勢原市告示第78号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条に基づき、妊婦に対する歯科検診（以下「妊婦歯科検診」という。）を実施することにより、妊婦の口腔衛生の向上を図り、もって胎児の健全な発育に寄与することを目的とする。

（対象）

第2条 妊婦歯科検診の対象は、伊勢原市において妊娠の届出を行い、妊婦歯科検診を受診する時点で、伊勢原市に住所を有する妊婦（以下「対象妊婦」という。）とする。

（実施医療機関）

第3条 妊婦歯科検診は、市長が別に契約する歯科医師で構成する団体に属する医療機関（以下「実施医療機関」という。）が実施する。

（検診の内容）

第4条 妊婦歯科検診の内容は、歯科検診及び判定結果等を用いた保健指導とする。

（受診券）

第5条 市長は、妊娠の届出を行った対象妊婦に、妊婦歯科検診受診券（第1号様式。以下「受診券」という。）を交付するものとする。

2 受診券の有効期間は、受診券の交付の日から出産の日の前日までとする。

（実施の方法）

第6条 受診券の交付を受けた対象妊婦は、当該受診券を実施医療機関に提出することにより妊婦歯科検診を受診するものとする。

2 前項の規定による妊婦歯科検診の受診回数は、受診券の有効期間中1回限りとする。

（自己負担金）

第7条 対象妊婦は、前条の規定により受診するときは、妊婦歯科検診に係る費用（以下「検診料」という。）のうち、自己負担金として500円を負担するものとする。

2 前項の規定による自己負担金は、妊婦歯科検診を受ける実施医療機関に支払うものとする。

（自己負担金の免除）

第8条 市県民税非課税世帯及び生活保護受給世帯の対象妊婦については、妊婦歯科検診の自己負担金を免除することができる。

2 妊婦歯科検診の自己負担金の免除を希望する対象妊婦は、伊勢原市妊婦歯科検診自己負担金免除申請書（第2号様式）に必要となる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

3 前項に規定した必要となる書類は次のとおりとする。ただし、申請者の同意が

あり、市が保有する公簿等で確認できる場合は、書類の添付を省略することができる。

(1) 市県民税課税所得（非課税）証明書等、対象妊婦の世帯において市県民税が課税されていないことが分かる書類

(2) 生活保護受給証明書の写し等、対象妊婦の世帯において生活保護費を受給していることが分かる書類

4 市長は、前項による申請があった場合、速やかにその内容を審査した上で自己負担金の免除の可否を決定し、伊勢原市妊婦歯科検診自己負担金免除決定（却下）通知書（第3号様式。以下「免除決定通知書」という。）により、対象妊婦に通知するものとする。

5 前項の規定による免除決定通知書を受けた対象妊婦は、妊婦歯科検診を受診する際には、実施医療機関に免除決定通知書及び受診券を提出するものとする。

（実施の報告）

第9条 実施医療機関は、妊婦歯科検診を実施した場合、当月分の実施状況を妊婦歯科検診実施報告書（第4号様式）に取りまとめ、受診券及び免除決定通知書を添えて、翌月の10日までに市長に報告するものとする。

（交付台帳）

第10条 市長は、受診券の交付状況を明らかにするため、受診券交付台帳を備えるものとする。

（受診券使用上の制限）

第11条 受診券の交付を受けた対象妊婦は、次に掲げる行為をしてはならない。

(1) この要綱の目的に反して受診券を使用すること。

(2) 受診券を第三者に譲渡すること。

附 則（令和2年3月27日告示第64号）

（施行期日）

1 この告示は、令和2年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この告示による改正後の伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱（以下「新要綱」という。）第7条第1項の規定は、この告示の施行の日（以下「施行日」という。）以後に受診したときの自己負担金について適用し、施行日前に受診したときの自己負担金については、なお従前の例による。

3 施行日前にこの告示による改正前の伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱の規定によりした手続その他の行為は、新要綱中に相当する規定がある場合には、新要綱の相当規定によってしたものとみなす。

附 則（令和3年7月19日告示第197号）

この告示は、公表の日から施行する。

伊勢原市 妊婦歯科検診受診券

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

				母子手帳No.			
				伊			
妊婦氏名			生年月日	年	月	日	歳
住所	伊勢原市						
			電話	()			
分娩予定日	年	月	日	妊娠週数	週	1 初産 2 経産(第 子)	

※本日の体調に問題はありますか。(はい ・ いいえ)

①妊娠してからお口の変化はありますか。(いいえ ・ はい: _____)

②お口の中で気になるところがありますか。(いいえ ・ はい: _____)

③いつ歯を磨きますか。
(起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前)

④かかりつけの歯科医はありますか。(はい ・ いいえ)

⑤この1年間で歯科健診を受けましたか。(はい ・ いいえ)

⑥今回の妊娠に異常はありますか。
(いいえ ・ はい (妊娠高血圧症候群・妊娠性糖尿病・その他))

※歯科検診の結果は、母子健康手帳へ必ず記載をお願いします。

◇妊婦歯科検診結果

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
歯の記号	健全歯 / むし歯(未処置歯)C 処置後O 喪失歯△ 歯石Zs															
要治療のむし歯	なし							保健指導	1 歯磨き指導							
	あり (本)								2 食生活							
歯石	なし あり							特記事項	3 その他							
									()							
歯肉の炎症	なし															
	あり (要観察)															
	あり (要治療)															

実施年月日	年	月	日
医療機関名			
所在地			
歯科医師氏名			

伊勢原市 妊婦歯科検診受診券

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

				母子手帳No.			
				伊			
妊婦氏名			生年月日	年	月	日	歳
住所	伊勢原市						
			電話	()			
分娩予定日	年	月	日	妊娠週数	週	1 初産 2 経産(第 子)	

※本日の体調に問題はありますか。(はい ・ いいえ)

①妊娠してからお口の変化はありますか。(いいえ ・ はい: _____)

②お口の中で気になるところがありますか。(いいえ ・ はい: _____)

③いつ歯を磨きますか。
(起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前)

④かかりつけの歯科医はありますか。(はい ・ いいえ)

⑤この1年間で歯科健診を受けましたか。(はい ・ いいえ)

⑥今回の妊娠に異常はありますか。
(いいえ ・ はい (妊娠高血圧症候群・妊娠性糖尿病・その他))

※歯科検診の結果は、母子健康手帳へ必ず記載をお願いします。

◇妊婦歯科検診結果

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
歯の記号	健全歯 / むし歯(未処置歯)C 処置後O 喪失歯△ 歯石Zs															
要治療のむし歯	なし							保健指導	1 歯磨き指導							
	あり (本)								2 食生活							
歯石	なし あり							特記事項	3 その他							
									()							
歯肉の炎症	なし															
	あり (要観察)															
	あり (要治療)															

実施年月日	年	月	日
医療機関名			
所在地			
歯科医師氏名			

伊勢原市 妊婦歯科検診受診券

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

				母子手帳No.			
				伊			
妊婦氏名			生年月日	年	月	日	歳
住所	伊勢原市						
			電話	()			
分娩予定日	年	月	日	妊娠週数	週	1 初産 2 経産(第 子)	

※本日の体調に問題はありますか。(はい ・ いいえ)

①妊娠してからお口の変化はありますか。(いいえ ・ はい: _____)

②お口の中で気になるところがありますか。(いいえ ・ はい: _____)

③いつ歯を磨きますか。
(起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前)

④かかりつけの歯科医はありますか。(はい ・ いいえ)

⑤この1年間で歯科健診を受けましたか。(はい ・ いいえ)

⑥今回の妊娠に異常はありますか。
(いいえ ・ はい (妊娠高血圧症候群・妊娠性糖尿病・その他))

※歯科検診の結果は、母子健康手帳へ必ず記載をお願いします。

◇妊婦歯科検診結果

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
歯の記号	健全歯 / むし歯(未処置歯)C 処置後O 喪失歯△ 歯石Zs															
要治療のむし歯	なし							保健指導	1 歯磨き指導							
	あり (本)								2 食生活							
歯石	なし あり							特記事項	3 その他							
									()							
歯肉の炎症	なし															
	あり (要観察)															
	あり (要治療)															

実施年月日	年	月	日
医療機関名			
所在地			
歯科医師氏名			



伊勢原市 妊婦歯科検診 受診券

○妊娠中に1回、自己負担500円で歯科検診を受けることができます。※

- 注意：○伊勢原市外へ転居された場合、この受診券は使用できません。
○受診をされるときには、太枠内を記入の上、母子健康手帳と併せて医療機関へ提出してください。
○市内の協力医療機関で実施しています。受診前に医療機関に連絡をしてください。
秦野市でも受診可能な医療機関がありますので、事前に、医療機関に確認をしてください。
○受診券は1回に限り有効です。紛失された場合には、再発行を致しませんので、大切に所持してください。

※非課税世帯、生活保護世帯は、自己負担額が免除になります。
免除申請が必要なため、1週間前までに担当課へ申請してください。

第2号様式（第8条関係）

伊勢原市妊婦歯科検診自己負担金免除申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり、妊婦歯科検診自己負担金の免除を受けたいので申請します。

また、免除の可否を決定するために必要のあるときは、私の世帯に係る市県民税の課税状況又は生活保護受給状況について、伊勢原市が保有する公簿等により確認することに同意します。

ふりがな		生 年 月 日
申請者氏名		年 月 日生 歳
住 所	伊勢原市 電話 ()	
申請理由	1 市県民税非課税世帯であるため 2 生活保護世帯であるため	
添付書類	1 市県民税課税所得（非課税）証明書 2 生活保護受給証明書の写し 3 その他 ()	
備 考		

第3号様式(第8条関係)

伊勢原市妊婦歯科検診自己負担金免除決定(却下)通知書

伊勢原市指令() 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

年 月 日付けで申請のありました伊勢原市妊婦歯科検診自己負担金免除申請については、次のとおり決定(却下)しましたので通知します。

自己負担額の免除の可否	免除する 却下する	
免除の可否の理由	1 市県民税非課税世帯であるため 2 生活保護世帯であるため 3 その他()	
ふりがな		生 年 月 日
申請者氏名		年 月 日生 歳
住 所	伊勢原市 電話 ()	

※ この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して、3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して、6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表するものは市長となります。)、提起することができます(なお、処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取り消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

実施医療機関処理欄

妊婦歯科検診実施日	実施医療機関名称
年 月 日	

※ この通知は、必要事項を記入のうえ、妊婦歯科検診実施報告書及び受診券と一緒に市へ提出してください。

(事務担当は、)

妊婦歯科検診実施報告書

伊勢原市長 殿

医療機関名

住 所

代表者名

電話番号

次のとおり妊婦歯科検診を実施しましたので報告します。

年 月分

実施件数 件
(うち、自己負担金免除件数 件)

※ この報告書は、当月分の妊婦歯科検診の実施状況を取りまとめていただき、受診券（自己負担金免除決定通知書があればこれを含む。）を添えて、翌月の10日までに提出してください。

※ 妊婦歯科検診を実施しなかった場合は、この報告書等の提出は不要です。