「産後ケア事業」自己負担額の一部助成のお知らせ

栃木県産後ケア利用者負担軽減支援事業の実施に伴い、産後ケアを利用された方の自己負担額の一部助成(償還払い)を行います。

対象者

足利市に住民票のある、令和５年４月１日から令和６年１月３日に産後ケアを利用された方

申請期限

令和６年３月２９日(金)

振り込みまでの流れ

産後ケアを利用 ➡ 保健センターに申請 ➡ 審査 ➡ 支給決定 ➡ 決定通知郵送 ➡ 助成金の振り込み

申請方法

下記の①～③(または④)をお持ちになり、足利市健康増進課(保健センター)に持参してください。

① 利用者(産婦さん)の本人確認書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードのいずれか)

② 利用者(産婦さん)ご本人名義の通帳

③ 産後ケア利用機関(医療機関・助産師)から発行された領収書
（原本をお持ちください。コピーしてお返しします。）
領収書を紛失した場合は、母子健康手帳の産後ケアの記録でも可

④ 委任状(利用者が来所できない場合のみ)
・代理人が申請する場合は代理人の証明書類が必要
・委任状は市ホームページ(産後ケア)からダウンロードして、記入の上ご持参ください。

助成金額

宿泊型	助成額 3,750 円×宿泊回数　【例】２泊３日利用の場合:3,750 円×2 泊分＝7,500 円
通所型（1 日型）	助成額 2,770 円×利用回数　【例】２回利用の場合:2,770 円×2 回分＝5,540 円
通所型（半日型） 訪問型	助成額 1,520 円×利用回数　【例】２回利用の場合:1,520 円×2 回分＝3,040 円

★上限：各種類合わせて合計 5 回(5 泊)分まで助成

問い合わせ先:足利市　健康増進課　母子保健担当(足利市保健センター)
足利市本城三丁目 2022 番地 1　TEL:0284－22－4513