

東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱

6 福祉子家第 2825 号

令和 7 年 3 月 3 日

一部改正 7 福祉子家第 1608 号

令和 7 年 9 月 25 日

第 1 趣旨

この要綱は、東京都無痛分娩費用助成事業実施要綱（令和 7 年 3 月 3 日 6 福祉子家第 2824 号。以下「実施要綱」という。）に基づく、無痛分娩により出産した者に対する助成金の交付に際し、必要な事項を定めるものとする。

第 2 助成対象

本事業の助成対象となる医療行為は、実施要綱第 3 に規定するものである。

第 3 対象者の要件

本事業の助成対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる 1 から 3 までの要件を全て満たす者とする。

なお、対象となる出産は、妊娠 4 か月以上（妊娠 85 日以上）の分娩で、生産のみでなく流産や死産も含む（母体保護法（昭和 23 年法律第 156 号）による人工妊娠中絶は除く。）。

ただし、知事が真にやむを得ないと認める場合には、これによらないことができる。

また、次の 1 に該当する者が死亡している場合は、その相続人が申請を行うことも可能とする。

- 1 実施要綱第 3 に規定する医療行為を受けること。 2 都内の自治体において妊娠の届出を行い、母子健康手帳の交付を受け、本要綱第 6 に定める申請を行う日まで継続して東京都（以下「都」という。）の区域内に住民登録をしていること。
- 3 実施要綱及び本要綱に定める内容に同意すること。

第 4 助成の内容

知事は、対象者が対象医療機関から実施要綱第 3 に規定する医療行為に係る費用として請求された金額又は 10 万円のいずれか安い方の金額を助成するものとする。

なお、既に、他の制度で無痛分娩費用に係る助成を受けている対象者が、重複する自己負担額を本要綱に基づき申請した場合には、当該自己負担額から他の制度で助成を受けた額を控除するものとする。

また、本要綱による助成は、実施要綱第 3 に定める一連の医療行為 1 回に対して 1 度に

限るものとする。

第5 助成の申請

無痛分娩費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、東京都無痛分娩費用助成事業助成金申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付して、知事に申請しなければならない。

申請は電子申請を原則とし、電子申請の場合は、次に掲げる書類（3を除く）の原本の画像データを添付することとする。

また、申請書に記載する振込先口座は、申請者の名義でなければならない。

なお、3の書類について、個人向け補助金等申請のデジタル化においてデジタルサービス局長が指定したシステムにおいて行われた申出は、支払金口座振替依頼書（新規・変更用）による申出とみなす。

- 1 実施要綱第3に規定する医療行為を受け、本要綱に基づく申請を行う者及び実施要綱第3に規定する医療行為を受け出生した子が記載された住民票の写し

ただし、妊娠4か月以上（妊娠85日以上）の分娩で、流産や死産の場合は、実施要綱第3に規定する医療行為を受け、本要綱に基づく申請を行う者が記載された住民票の写し

なお、相続人が申請する場合は、申請する相続人及び実施要綱第3に規定する医療行為を受け出生した子が記載された住民票の写し

- 2 実施要綱第3に規定する医療行為を受け、交付者名、本要綱に基づく申請を行う者及び実施要綱第3に規定する医療行為を受け出生した子の氏名が記載されたページを含む母子健康手帳の写し（都内自治体で交付されたものに限る。）

ただし、妊娠4か月以上（妊娠85日以上）の分娩で、流産や死産の場合は、死産証書（死胎検案書）の写し

死産証書（死胎検案書）の写しを紛失等のやむを得ない理由により、提出ができない場合、死産証書（死胎検案書）と同様の医師が作成した書類

- 3 口座情報払（集合）による支払事務取扱要領第3条に定める第1号様式

- 4 出産年月日及び本事業の助成対象となる無痛分娩に係る書類であることがわかる、実施要綱第3に規定する医療行為に係る費用の金額の支払と内訳を証明する領収書（医療機関が発行した支払証明書含む。）及び明細書

- 5 1から4までに掲げるもののほか、実施要綱第3の令和7年10月1日以降に無痛分娩により出産予定であったことを証明する場合、第4号様式を用いて該当の対象医療機関で作成した証明書

- 6 その他知事が必要と認める書類

第6 助成の申請期限

申請は、真にやむを得ない事情がある場合を除き、出産の翌日から起算して1年以内に

行うものとする。

申請日は、都が電子申請による受付を行った日とし、やむを得ない事情で郵送により申請した場合の申請日は、消印日とする。

第 7 審査及び結果の通知

知事は、第 5 の規定による申請があったときは、第 2 及び第 3 に規定する対象要件に照らして速やかに内容を審査し、助成の可否及び金額について、助成承認決定通知書（第 2 号様式）又は助成不承認決定通知書（第 3 号様式）により、結果を申請者に通知するものとする。

第 8 助成金の支払

知事は、第 7 の規定による審査の結果、助成することを決定した場合は、速やかに助成する額を申請者に支払うものとする。

第 9 助成承認決定の取消及び返還

- 1 知事は、申請者が次のいずれかに該当したことが確認できた場合は、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消し、その者から助成金の全部又は一部を返還させることができる。
 - （1）偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたとき。
 - （2）支払後に過誤額が確認されたとき。
 - （3）その他、知事が必要と認める事由が発生したとき。
- 2 知事は、1 の規定により取消をしたときは、承認決定取消通知書（第 5 号様式）により、速やかに申請者宛てに通知する。

第 10 延滞金

申請者は、第 9 の 1 の規定により助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消され、その返還を命ぜられた場合において、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じて、当該助成金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納付額を控除した額）につき年 10.95 パーセントの割合で計算した延滞金（100 円未満の場合を除く。）を納付しなければならない。

第 11 雑則

助成金の交付に関しては、実施要綱及び本要綱に定めるもののほか、東京都補助金等交付規則（昭和 37 年東京都規則第 141 号）に定めるところによるものとする。

第 12 その他

知事は、この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項について別に定めることができる。

附 則（令和 7 年 3 月 3 日付 6 福祉子家第 2825 号）

この要綱は、決定の日から施行する。

ただし、令和 7 年度歳入歳出予算が東京都議会で可決された場合に限る。

附 則（令和 7 年 9 月 2 5 日付 7 福祉子家第 1608 号）

この要綱は、決定の日から施行する。

東京都無痛分娩費用助成事業助成金申請書

東京都無痛分娩費用助成事業実施要綱及び東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱の内容に同意した上で、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
本件申請に基づき、今後東京都から私に支払われる助成金は口座振替により受領することを希望します。ついては、下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。
また、申請内容について、東京都が医療機関へ照会することに同意します。

記

(ふりがな) 氏 名				生 年 月 日 (申請日時点年齢)			
申請者	()			年 月 日 (歳)			
申請者 住 所	郵便番号 () 電話 ()						
出産日				(ふりがな) 子の氏名	()		
母子健康手帳の 交付自治体		無痛分娩を 実施した対象 医療機関名			対象医療機関から 無痛分娩に関 する説明を受け た年月日		
申請者 氏 名 _____							
申 請 額 金 _____ 円							
【添付書類】 ☐ 住民票の写し（申請者・子の氏名の記載があるもの） ☐ 母子健康手帳の写し（子の氏名の記載があるもの） ☐ 領収書・明細書（出産年月日や無痛分娩に係る費用が記載されたもの） ☐ その他 ()							
年 月 日							
東 京 都 知 事 殿							
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 店番号		
	預金種目	普通 貯蓄	(フリガナ) 口座名義人(申請者)		支店		
	口座番号				出張所		
(右詰め記入)							

申請受付日	決 定
	年 月 日
	承 認 ・ 不承認

(注)1 太枠の中を記入してください。
2 申請者は無痛分娩に係る医療行為を受け、費用の請求を受けた本人としてください。

東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱
助成承認決定通知書

第 号
年 月 日

様

東京都知事

年 月 日付けで申請のあった東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱第 5 の規定による申請については、下記のとおり承認決定したので、通知します。

記

助成金額 金 円

東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱

助成不承認決定通知書

第 号
年 月 日

様

東京都知事

年 月 日付で申請のあった東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱第5の規定による申請については、不承認と決定したので通知します。

不承認の理由

東京都無痛分娩費用助成事業に係る出産予定日等証明書

下記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

管理者又は主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受診者氏名	()
受診者生年月日	年 月 日 (満 歳)
受診者住所	郵便番号 (-) 東京都
予定していた方法	☐ オンデマンド無痛分娩（自然陣発後の無痛分娩） ☐ 計画無痛分娩 ☐ その他 ()
無痛分娩を実施した上で の出産予定日	年 月 日
実際に出産した日	年 月 日
令和 7 年10月 1 日以降に 無痛分娩を実施できな かった理由	

医療機関の方へ

本事業の対象となる費用は、医療保険が適用されないものです。

東京都無痛分娩費用助成事業助成金交付要綱
助成承認決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

東京都知事

年 月 日付けで承認決定した付けで申請のあった東京都無痛分娩費用
助成事業助成については、以下の理由により、助成承認決定を取り消しますので、通
知します。

取消しの理由

取消しによる対応