

東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る
検査費等助成事業助成金交付要綱

令和6年4月9日6福祉子家第155号
一部改正 令和7年3月31日6福祉子家第3329号

第1 目的

この要綱は、東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る検査費等助成事業実施要綱（令和6年4月9日付6福祉子家第154号。以下「実施要綱」という。）に基づく、プレコンセプションケアの一環として検査等を行った者に対する検査費用等助成金の交付に際し、必要な事項を定めることを目的とする。

第2 助成対象

この要綱による検査費用等助成の対象となるのは、実施要綱第2に規定する登録医療機関で実施された検査及び同検査結果を踏まえた助言・相談（以下「助言等」という。）である。

第3 対象者の要件

検査費等助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる1から6までの要件を全て満たす者とする。

- 1 東京都（以下「都」という。）が実施する東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る講座の受講を完了すること。
- 2 1の講座受講完了後、1の講座を受講した年度内に登録医療機関において、第2に規定する必須検査を含めた検査及び助言等を受けること。
- 3 2の検査及び助言等を同一医療機関で受けること。ただし、登録医療機関の辞退等によりやむを得ない場合はこの限りでない。
- 4 講座受講日から申請日までの間、継続して都の区域内に住民登録をしていること。
- 5 第2に規定する検査に係る初診の日における対象者の年齢が、18歳以上40歳未満であること。
- 6 都の実施するアンケートに回答すること。

第4 検査費等助成の内容

- 1 知事は、対象者が実施要綱第2に規定する登録医療機関で実施された検査の検査料（医科診療点数表の採血料及び生化学検査判断料に相当する技術料を含む。）、検査の受検に必要な初診料及び再診料並びに助言等に係る費用として、医療機関に支払った額（他の法令等による医療の給付を受けたときは、当該給付の額を控除した額。以下「自己負担額」という。）について、別表1に掲げる金額を上限として当該対象者に対し助成するものとする。
- 2 1の規定による検査費等助成は、1人につき、1回に限るものとする。
- 3 既に、他の制度で検査費等助成を受けている対象者が、重複する自己負担額を申請した場合には、当該自己負担額から他の制度で検査費等助成を受けた額を控除するものとする。

第5 検査費等助成の申請

- 1 検査費等助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る検査費等助成申請書（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。
 - （1）都の実施する東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る講座の受講証の写し
 - （2）住民票の写し。ただし、講座受講日と申請日において住民登録をしている区市町村が異なる場合においては、併せて戸籍の附票の写しを添付するものとする。
 - （3）第4の1に規定する助成対象額の支払と内訳を証明する書類（領収書及び明細書を必須とし、それらで確認できない場合はその他医療機関が発行する証明書も可とする。）
 - （4）都が実施するアンケート
 - （5）口座情報払（集合）による支払事務取扱要領（平成14年9月24日14付出会第291号、最終改正令和5年12月21日付5会管会第1060号）第3条に定める第1号様式
 - （6）（1）から（5）までに掲げるもののほか、知事が必要と認める書類なお、（5）の書類については、口座情報払（集合）による支払事務取扱要領（平成14年9月24日14付出会第291号、最終改正令和5年12月21日付5会管会第1060号）第3条第1項（3）アに定める電子情報処理組織を

使用する方法により行われた申出は、支払金口座振替依頼書（新規・変更用）による申出とみなす。

- 2 申請は、検査等の日が属する年度内に行うものとする。ただし、第2に規定する検査に係る初診の日が2月から3月までの場合は、翌年度の4月末までとする。
- 3 申請日は、郵送による場合は消印日とし、郵送によらない場合は都が受付を行った日とする。
- 4 申請者は、都の区域内に住民登録をし、かつ検査等を受けた本人とし、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。

第6 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、検査費等助成承認決定通知書（第2号様式）又は検査費等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7 助成金の支払

知事は、第6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8 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4号様式）により、速やかに申請者宛てに通知する。

第9 延滞金

申請者は、第8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 10 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 11 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 6 年 4 月 9 日 6 福祉子家第 155 号）

この要綱は、令和 6 年 4 月 9 日から施行する。

附 則（令和 7 年 3 月 31 日 6 福祉子家第 3329 号）

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

別表 1

男性	30,000 円
女性	30,000 円

第1号様式（第5関係）

東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る
検査費等助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり検査費等の助成を申請します。

また、審査に必要な情報について、東京都が他の自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

記

(ふりがな) 申請者氏名		生 年 月 日	住民票の性別
()		年 月 日 (歳)	
申請者住所	郵便番号 (—) 電話 ()		
メールアドレス			
受診した 登録医療機関			
申請者氏名 _____			
申請額 金 円 _____			
年 月 日			
東 京 都 知 事 殿			

申請受付日	決 定 年 月 日	入 力
	承 認 ・ 不承認	
		受給者番号

- (注)1 太枠の中を記入してください。
2 申請者は検査等を受検した本人としてください。
3 以下の書類を添付してください。
(1) 都の実施する東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る講座の受講証の写し
(2) 住民票の写し（検査開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は併せて戸籍の附票の写し）
(3) 検査に係る明細書及び領収書の写しその他支払と内訳を確認できる書類
(4) 都が実施するアンケート

検査費等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検査費等の助成については、下記
のとおり承認決定したので、通知します。

記

受給者番号

助成金額 金 円

検査費等助成不承認決定通知書

第 号
年 月 日

様

東京都知事

年 月 日付けで申請のあった検査費等の助成については、助成不承認を決定したので通知します。

不承認の理由

検査費等助成承認決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

東京都知事

年 月 日付で承認決定した検査費等助成については、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