

各務原市 1 か月児健康診査費の助成に関する要綱

(平成 26 年 3 月 31 日決裁)

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、健康の増進及び子育て家庭の支援を目的として、1 か月児健康診査の受診に要した費用の全部又は一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この要綱において、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) 1 か月児 おおむね出生後 27 日を超え、生後 6 週に達しない乳児をいう。
- (2) 1 か月児健康診査 母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 13 条第 1 項に規定する健康診査として行う 1 か月児に対する健康診査であつて、身体の発育状況、栄養状態、疾病及び異常の有無等の診査等を行うものをいう。
- (3) 健診料 1 か月児健康診査の受診に要した費用をいう。
- (4) 委託医療機関 1 か月児健康診査を実施することを本市と契約した医療機関及び本市と一般社団法人岐阜県医師会（以下「医師会」という。）との契約に基づき医師会が 1 か月児健康診査を実施させることとした医療機関をいう。

(対象者)

第 3 条 健診料の助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、健康診査の受診時に市内に住所を有する 1 か月児の保護者で、市長から 1 か月児健康診査受診票兼結果票（様式第 1 号。以下「受診票」という。）を交付され、医療機関において 1 か月児健康診査を受診したものである。

(助成額等)

第 4 条 助成額は、健診料の額とし、6,000 円を上限とする。

2 助成の回数は、1 か月児 1 人につき 1 回とする。

(助成の方法)

第 5 条 健診料の助成は、対象者に対して次に掲げる方法により行うものとする。

- (1) 委託医療機関において 1 か月児健康診査を受診する場合には、健診料から前条第 1 項に規定する助成額を控除した額を、対象者が当該委託医療機関の窓口で支払うべき額とする方法
- (2) 委託医療機関以外の医療機関において 1 か月児健康診査を受診する場合には、

当該医療機関へ支払った健診料のうち前条第1項に規定する助成額を対象者からの申請に基づき償還する方法

(償還払いによる助成の申請)

第6条 前条第2号に規定する償還の申請は、1か月児健康診査の受診日から1年以内に、1か月児健康診査費助成申請書(様式第2号)に受診票及び領収書を添えて、市長に提出することにより行うものとする。

(助成金の支給の決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請を受理した場合において、当該申請の内容を審査し、適当と認めたときは、助成金を支給するものとする。

(報告)

第8条 医療機関は、1か月児健康診査において、特に支援が必要と判断された者については、速やかに市長へ報告するものとする。

(秘密の保持)

第9条 医療機関の医師その他の1か月児健康診査の関係者は、受診者の秘密保持に配慮するとともに、知り得た秘密を当該1か月児健康診査の実施の目的以外には使用してはならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、1か月児健康診査費の助成について必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行し、平成26年4月2日以後に出産した産婦及び当該乳児で、受診票の交付を受けたものから適用する。

附 則 (平成27年3月31日決裁)

- 1 この要綱は、平成27年4月2日から施行し、同日以降に出産した産婦及び当該乳児から適用する。
- 2 この要綱の施行前に交付された改正前の様式第1号及び様式第2号は、改正後の様式第1号及び様式第2号とみなす。

附 則 (令和3年3月29日決裁)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 改正後の各務原市1か月児健康診査費の助成に関する要綱の規定は、この要綱の施行の日以降に受診する1か月児健康診査について適用する。

- 3 この要綱の施行前に交付された改正前の様式第 1 号及び様式第 2 号は、改正後の様式第 1 号及び様式第 2 号とみなす。

附 則（令和 4 年 3 月 1 5 日決裁）

- 1 この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱の施行前に交付された改正前の様式第 1 号及び第 2 号は、改正後の様式第 1 号及び第 2 号とみなす。

附 則（令和 4 年 4 月 1 日決裁）

この要綱は、決裁の日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正後の各務原市 1 か月児健康診査費の助成に関する要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に受診する 1 か月児健康診査について適用し、同日前に受診した 1 か月児健康診査については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行の際現に存する改正前の様式第 1 号の規定により作成されている用紙は、この要綱の施行の日以後においても、当分の間使用することができる。

1か月児健康診査受診票兼結果票

受診 年 月 医療機関コード * 太枠は保護者の方が記入し医療機関に提示し受診してください。

発券番号	健診コード		市町村コード		年	受診者番号				CD
ふりがな						生年月日		年 月 日		
乳児氏名										
ふりがな						電話番号				
保護者氏名										
住所		岐阜県各務原市								

上記の乳児の健康診査を依頼します。裏面の保護者記入の間診票をご確認ください。

年 月 日

医療機関の長 様

各務原市長

身体測定【生後()日】									
身長		体重			頭囲		栄養法		
cm		g（増加量 g/日）			cm		母乳 ・ 混合 ・ 人工乳		
診察所見	1 身体的発育異常	所見なし ・ 所見あり []							
	2 外表奇形	所見なし ・ 所見あり []							
	3 姿勢の異常	所見なし ・ 所見あり []							
	4 皮膚	所見なし ・ 所見あり [ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他()]							
	5 頭部	所見なし ・ 所見あり [ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常]							
	6 顔	所見なし ・ 所見あり [ア 特異的顔貌 イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 ウ 口:口唇裂・口蓋裂 エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等]							
	7 頸部	所見なし ・ 所見あり [ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘍]							
	8 胸部	所見なし ・ 所見あり [ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈]							
	9 腹部・腰背部	所見なし ・ 所見あり [ア 臍:肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常]							
	10 四肢	所見なし ・ 所見あり [ア 四肢の運動制限 イ 内反足]							
	11 神経学的異常	所見なし ・ 所見あり [ア モロー反射 イ 筋トヌス]							
	12 发育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上)	リスクなし ・ リスクあり [ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 エ 女児 オ 骨盤位分娩]							
	13 その他の異常	所見なし ・ 所見あり []							
	14 新生児聴覚検査	正常 ・ 精査中(右 ・ 左) ・ 未							
	15 先天性代謝異常等検査の結果説明	済 ・ 未		先天性代謝異常等検査の異常		無 ・ 有 []			
	16 便色カード	番							
	17 ビタミンK ₂ の投与	できている ・ できていない							
判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密) 5 要紹介(要治療)								
紹介先									
診査医名									

育児環境等	ア 母の心身状態 [良好 ・ 不良] イ その他 []								
心配事	無 ・ 有 []								
栄養	良 ・ 要指導								
子育て支援の必要性の判定	1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要()								
判定者									
記事(要紹介となった場合の結果等)									

依頼のあった乳児の1か月児健康診査結果は上記のとおりです。

委託医療機関名、担当医師

1か月児健康診査請求書

金 [] 円也 左記のとおり1か月児健康診査に要した費用を請求します

年 月 日 委託医療機関の名称、住所、代表者名

各務原市長 様

切り取り線 (於 医療機関)

1か月児健康診査請求書

医療機関控

金 円也

乳児氏名

市町村名 各務原市

請求年月日 年 月 日

健診コード	市町村コード	年	受診者番号				CD

1か月児健康診査問診票

※受診前に、問診票の太枠内を主にお子さんの世話をなさっている方がご記入してください。

記入者氏名		記入者続柄		父 ・ 母 ・ その他()	
出生時の状態		在胎週数 ()週		出生時体重 ()g	
器 質 的 疾 患 の 確 認	1	お乳をよく飲みますか。			は い ・ いいえ
	2	元気な声で泣きますか。			は い ・ いいえ
	3	大きな音にビックと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。			は い ・ いいえ
	4	お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。			いいえ ・ は い
	5	からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。			いいえ ・ は い
	6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。			いいえ ・ は い
発 達	7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。			は い ・ いいえ
	8	裸にすると手足をよく動かしますか。			は い ・ いいえ
親 (主 な 養 育 者) や 子 育 て の 状 況	9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。			な し ・ あ り(1日 __ 本)
	10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。			な し ・ あ り(1日 __ 本)
	11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。			は い ・ いいえ
	12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。			は い ・ いいえ
	13	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。			は い ・ いいえ ・ 何ともいえない
	14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。			は い ・ いいえ ・ 何ともいえない
	15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。			は い ・ いいえ ・ 何ともいえない
	16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。			は い ・ いいえ
	17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。			いいえ ・ は い
	18	お子さんのお母さん、お父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。			そう思う ・ どちらかといえばそう思う ・ どちらかといえばそう思わない ・ そう思わない
	19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。			いいえ ・ は い
	20	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。			大変ゆとりがある ・ ややゆとりがある ・ 普通・やや苦しい ・ 大変苦しい
	21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。			いいえ ・ は い
	22	物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。			いいえ ・ は い
23	あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。			いいえ ・ は い	
24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。			は い ・ いいえ	
予 防 接 種	25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。			は い ・ いいえ
そ の 他	26	その他、心配なことや相談したいことはありますか。			いいえ ・ はい(内容:)

1

健康相談の内容
指導内容
特記事項

1か月健康診査を受診される保護者の方へ

- この受診票は、1か月児健康診査の公費負担が受けられる補助券です。
- この受診票を使用するときは、乳児氏名、住所、生年月日等を記入して、医療機関へ提出してください。
- この受診票は、本人が使用するものに限り、原則出生後27日を超え、生後6週に達しないまでの期間が有効です。
- この受診票により公費負担が受けられる1か月児健康診査は次のとおりです。
(1) 身体発育状況 (2) 栄養状態 (3) 疾病及び異常の有無 (4) 新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認
(5) ビタミン K2投与の実施状況の確認及び必要に応じて投与 (6) 育児等の相談事項
- 本票による健診の費用は、公費で負担します(公費負担上限額6,000円)。なお、公費負担を超えた残額については、**自己負担**となります。
- 委託医療機関以外で受診の場合は、費用は全額お支払いいただき、にて1か月児健康診査費助成の申請をしてください。※受診日より1年以内に申請してください
※助成申請時の持ち物：記入済みの受診票兼結果票、申請書、領収書(明細が分かるもの)、振込先の口座が分かるもの(通帳等)
- この1か月児健康診査の結果は、受診されました医療機関でお尋ねください。
- この1か月児健康診査の結果は、岐阜県国民健康保険団体連合会を経由し、各市町村へ報告されます。なお、健診に伴い収集した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき守られます。

委託医療機関の方へ

- 1か月児健康診査の結果が判明しましたら、所定の事項を記入し、又は○を囲んで医療機関控部分を切り取り、残りを翌月10日までに岐阜県国民健康保険団体連合会まで請求総括票とともに提出して下さい。その際、受診年月日、医療機関コード及び請求金額を必ずご記入ください。

委託契約を締結していない医療機関の方へ

- 各務原市では岐阜県外の医療機関で受診された1か月児健康診査にかかる費用の一部を助成しています。1か月児健康診査の結果が判明しましたら、所定の事項を記入し、受診票兼結果票を本人に返却下さい。また本人へ1か月児健康診査費を請求していただき領収書(明細が分かるもの)を発行してください。

1か月児健康診査費助成申請書

年 月 日

(宛先) 各務原市長

申請者 住所 各務原市
(保護者)
氏名
電話番号

1か月児健康診査を受診しましたので、各務原市1か月児健康診査費の助成に関する要綱第6条の規定により、受診票その他必要な書類を添えて申請します。

【助成金の振込先】

金融機関名	店名	種目	口座番号	フリガナ	
銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		口座名義人	

【注意事項】

- 申請は、受診日から1年を超えないようにお願いします(1年を超えた場合は助成できません。)
- 申請時は、記入済の受診票、受診日の領収書、振込先の口座が分かるものをご持参ください。
- 助成額は、1か月児健康診査の健診料のうち、6,000 円が上限となります。

以下、市記入欄

受付印押印済領収書(写)貼付箇所

項目	健診料の額	助成額
1か月児健康診査	円	円
合計	円	円

受付者: