

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、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条に規定する健康診査として1か月児が受診したものに対し、当該健康診査に要した費用の一部を助成することにより、健康増進と子育て家庭の支援を目的とし、当該助成に関し、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 生後2か月未満の乳児
- (2) 医療機関等 医療機関又は助産所
- (3) 1か月児健康診査 1か月児が医療機関等において行う、問診、診察及び検査計測その他必要な健康診査
- (4) 健診料 1か月児健康診査に要した費用
- (5) 委託医療機関等 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等

(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（様式第1号。以下「受診票」という。）を交付され、医療機関等において1か月児健康診査を受診したものとする。

(助成額等)

第4条 助成額は、健診料の額とし、2,500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 健診料の助成の方法は、次のとおりとする。

- (1) 委託医療機関等における健診料 対象者は、健康診査を受診するときは受診票を委託医療機関等に提出し、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委託医療機関等に支払い、委託医療機関等は次条に定めるところにより助成金を請求するものとする。

(2) 委託医療機関等以外における健診料 対象者は、健康診査を受診するときは受診票を委託医療機関等以外の医療機関等に提出し、当該医療機関等に健診料を全額支払い、第7条に定めるところにより助成金を請求するものとする。

(委託医療機関の費用の請求)

第6条 委託医療機関は、受診票を各月分取りまとめて、請求書とともに翌月10日(休日の場合は、前日)までに市長に提出するものとする。

(助成申請)

第7条 対象者は、委託医療機関等以外で健康診査を受診したときは、当該受診日から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、市長に申請するものとする。

(助成金の支給の決定)

第8条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、当該申請の内容を審査のうえ適当と認めるときは、助成金を支給するものとする。

(秘密の保持)

第9条 医療機関等の医師及び助産師その他の健康診査の関係者は、健康診査の受診者の秘密保持に配慮するとともに、知り得た秘密を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15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。

1か月児健康診査受診票

※保護者の方へ

下記の注意事項をよくお読みいただき、太枠内をご記入の上、医療機関又は助産所の窓口へ提出し受診してください。

産婦氏名		産婦生年月日	年 月 日
児氏名		児生年月日	年 月 日 (助成対象は生後2か月未満)
住所	各務原市	電話番号	

※医療機関又は助産所の方へ

下記の注意事項をお読みいただき、枠内をご記入ください。

内容	1か月児健康診査		
受診日	年 月 日		
結果	1 異常なし 2 要観察 (理由:) 3 要精密検査 (理由:) 4 要治療、治療中 (病名:)		
健康診査に要した費用	※保険適用外費用 金 _____円		
住所 医療機関名・ 助産所名 医師名・ 助産師名			

1か月児健康診査受診票 注意事項

保護者の方へ

○この受診票は、1か月児健康診査を受診した場合、その費用の一部を助成するためのものです。医療機関又は助産所の窓口へ提出して使用してください。なお、助成の対象期間は、生後2か月未満です。

○市と契約を交わした委託医療機関又は委託助産所において1か月児健康診査を受診する場合は、健診時に2,500円までの範囲で助成が受けられます。助成額を超える金額は、その場でお支払いください。

○委託医療機関又は委託助産所以外で受診する場合は、費用を受診機関で全額お支払いいただき、各務原市健康管理課又は東保健相談センター窓口にて助成の申請をしてください。申請受付後、内容を審査の上、助成金を口座に振込みます。

※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。)

※申請時の持ち物…記入済の受診票、申請書、受診日の領収書、振込先の口座が分かるもの

※助成額は、1か月児健康診査の健診料のうち2,500円が上限額となります。

○この受診票は、各務原市に住所を有する方のみ使用できます。この助成は各務原市独自の助成のため、市外に転出された場合は助成の有無などについて転出先の市町にお問い合わせください。

委託医療機関・委託助産所の方へ

○健康診査の受診日、結果、医療機関名・助産所名、医師名・助産師名を記入し、翌月の10日までに各務原市健康管理課へ請求書とともに提出してください。

委託医療機関・委託助産所以外の方へ

○各務原市では、1か月児健康診査の費用の助成を行っています。助成上限額は健診料のうち2,500円を上限とし、事後の申請で本人に助成します。健康診査の受診日、結果、健康診査に要した費用、医療機関名・助産所名、医師名・助産師名を記入し、受診票を本人へお返しください。また、領収書の発行をお願いします。

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7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	本店	普通			
金庫	支店	当座		口座名義人	
組合	出張所				
農協					

【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、2,500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
	円	円
合計	円	円

受付者: _____