

江府町告示第 48 号

江府町1か月児健康診査費助成事業実施要綱の制定をここに公布する。

令和 7 年 6 月 30 日

江府町長 白石 祐治

江府町1か月児健康診査費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、乳児の健康の増進を図るため、疾病及び異常を早期発見し、適切な指導を行うことでその進行を未然に防止するとともに、養育環境を評価し、養育者への育児に関する助言を行うことを目的として、出生後概ね1か月を経過した乳児に実施する1か月児健康診査（以下「1か月児健診」という。）の費用の一部を助成することにより、養育者の経済的負担の軽減及び出生後からの切れ目のない健康診査の実施体制を整備する。

(1か月児健診の対象者)

第2条 1か月児健診の対象となる乳児(以下「対象者」という。)は、原則として出生後27日を超え生後6週に達しない乳児であつて、江府町（以下「本町」という。）に住所を有する者に限る。ただし、家庭の事情や健診実施機関の営業日の都合により、1か月児健診の実施時期が前後した場合にはこの限りでない。

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、前条に定める対象者を養育する保護者(以下「保護者」という。)であつて、1か月児健診を実施する日において、本町に住所を有する者に限る。

(実施機関)

第4条 1か月児健診は、町長が委託契約を締結した医療機関(以下「委託医療機関」という。)において実施する。

2 前項の規定にかかわらず、里帰り出産等、1か月児健診を委託医療機関で受診することが困難な場合については、委託医療機関以外の医療機関において1か月児健診を実施することができるものとする。

(受診票の交付)

第5条 町長は、母子健康手帳の交付後、委託医療機関で出産する保護者に対し、乳児一般健康診査受診票(様式第1号。以下「受診票」という。)及び1か月児健康診査票(様式第2号。以下「健診票」という。)を交付するものとする。ただし、本町以外で妊娠の届出を提出した妊婦又は乳児が転入したときは、転入日における受診状況により交付する。

2 前項の規定にかかわらず、町長は、委託医療機関以外で出産する保護者に対し、健診票を交付するものとする。

(1か月児健診の受診)

第6条 前条第1項の規定により、受診票及び健診票の交付を受けた保護者は、委託医療機関に受診票及び健診票を提示し、対象者に1か月児健診を受診させるものとする。

- 2 委託医療機関は、保護者の提示した受診票及び健診票をもとに、対象者に対し1か月児健診を実施する。
- 3 前条第2項の規定により、健診票の交付を受けた保護者は、委託医療機関以外の医療機関に健診票を提示し、対象者に1か月児健診を受診させるものとする。

(1か月児健診の内容)

第7条 1か月児健診の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (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) 育児上問題となる事項

(助成金額)

第8条 助成の額は、1か月児健診に要した費用とし、対象者1人当たり6,000円を上限として本町が負担する。上限を超える費用については、保護者負担とする。

(費用の請求及び支払)

第9条 委託医療機関は、1か月児健診を実施したときは、これに要した費用を国保連に受診票を添えて請求するものとする。

- 2 国保連は、医療機関から請求があった場合、受診票を添えて本町に請求するものとする。
- 3 町長は、国保連から請求があった場合、受診票及び住民基本台帳で確認し、その額を支払うものとする。

(償還払いによる助成)

第10条 保護者が、委託医療機関以外において対象者の1か月児健診を実施した場合は、償還払いにより1か月児健診費用の助成を受けることができるものとする。

- 2 前項の規定により、1か月児健診費用の助成を受けようとする者は、1か月児健診実施後6か月以内に、江府町1か月児健康診査費助成金申請書兼請求書(様式第3号。以下「申請書兼請求書」という。)に次の書類を添えて町長に提出するものとする。

- (1) 健診票
- (2) 1か月児健診に係る領収書
- (3) 母子健康手帳
- (4) その他町長が必要と認める書類

- 3 町長は、前項の申請書兼請求書を受理したときは、その内容を審査の上、助成金の適否を決定し、江府町1か月児健康診査費助成金交付決定通知書(様式第4号)により、申請者に通知

するものとする。

(事後指導)

- 第11条 1 か月児健診を実施した医療機関は、1 か月児健診の結果や育児支援の内容について、適切な指導を行うとともに、健診票及び母子健康手帳に必要事項を記入するものとする。
- 2 1 か月児健診を実施した医療機関は、必要に応じて町との情報共有を速やかに行う。
- 3 町長は、1 か月児健診を実施した医療機関との連絡を密にし、必要に応じて保護者に訪問指導等の事後指導及び支援を行うものとする。

(助成金の返還)

- 第12条 町長は、虚偽その他不正な手段により、1 か月児健診費用の助成を受けた者があった場合は、当該者に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

- 第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附則

この要綱は、令和7年4月1日から施行し、同日以降に出生した乳児の1 か月児健康診査に係る費用について適用する。

乳児一般健康診査受診票

受診者番号		4 (1 か 月)		市町村コード		
				交付		
(フリガナ) 乳児氏名				保護者氏名		
				乳児生年月日		年 月 日生
居住地						
上記乳児の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 印 殿						
健康診査の所見又は 今後必要な処置		別添 健康診査票のとおり				
乳児一般健康診査費請求書 金 円也 上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。 年 月 日 医療機関コード 市町村コード 保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名 殿 印						

- (注) 1 太線内は本人が記入してください。
- 2 受診手続等については、裏面をみてください。
- 3 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

(裏面)

乳児の保護者の方へ

- 1 生後1年までの乳児は、出生後27日を超え、生後6週に達しない間に、本票により無料で健康診査が受けられます。
- 2 健康診査を受ける時は、保護者記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
(県内の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認めた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外は使用できません。
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。

健診日： 年 月 日
(満 月 日)

1 か 月 児 健 康 診 査 票

この枠内の項目を記入し、健診時に持参してください。

				整理番号							
フリガナ		男・女	年 月 日生	保護者名		父					
乳児氏名	(第 子)					母					
住 所	電話番号(- -) 日中の連絡先(- -)			アンケート記入	父・母・祖母・祖父・()						
1. 栄養は、母乳ですか、人工乳、混合ですか。 1. 母乳 2. 人工 3. 混合 (授乳回数 回/日 1回の授乳時間 分/回)											
2. 母乳(人工乳)の飲みはいいですか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
3. 自分で顔の向きを左右に動かしますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
4. 手足の動きに左右差がありますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
5. 泣いているときに声をかけると、泣きやむことがありますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
6. 強い光をまぶしがりますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
7. 明るい方をみますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
8. みつめあっていると感じるときがありますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない											
9. 退院後(出産後)病気などで医療機関を受診されましたか。 1. いいえ 2. はい()											
10. 育児をしていてストレスに感じることや悩むことがよくありますか。 1. はい 2. ときどきある 3. ない (どんなことですか)											
11. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい(配偶者・配偶者の父母・実父母・友人・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他) 2. いいえ											
12. 保護者同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ											
13. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい (配偶者の育児参加・育児の仲間づくり・他)											
14. 保護者の身体や心の調子はいかがですか。 1. だいたいよい 2. あまりよくない 3. よくない (どのように:)											
15. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい()											
16. 何か気になることがありますか。(汗をかきやすい、吸いつきが悪いなど) 1. いいえ 2. はい()											
17. 妊娠中、分娩時、新生児期の状況についてあてはまるものに○印を、()内は数字・文字をご記入ください。 妊 娠 中 : 蛋白尿・浮腫・高血圧・糖尿・貧血・切迫流産・他() 特になし 分 娩 時 : 在胎週数(週)または(月) 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) 問題なし・多胎・帝王切開・前期破水・分娩遅延・骨盤位・臍帯巻絡・吸引・子癇・胎児仮死・他 出 生 時 : アプガー(点)不明のとき(仮死なし・仮死あり・不明) 新生児期 : 退院(日目)退院時体重(g)保育器(日)治療(内容: 診断名: 医療機関:) 問題なし・黄疸強・光線療法・けいれん発作・頻回嘔吐・酸素使用有・他()不明											

計測

体重(g) ____・g 体重増加(g) ____g/日 身長(cm) ____・cm 胸囲(cm) ____・cm 頭囲(cm) ____・cm

健診結果

1.異常なし 2.既医療(観察中・治療中) 3.要経過観察 4.要精密 5.要治療
どこで() (紹介先・内容)

診 察

- | | | |
|--------------|------|--|
| 1. 栄 養 ・ 体 格 | □ふつつ | □(体重増加留意(母乳栄養15g/日未満、人工栄養30g/日未満)・他) |
| 2. 皮 膚 | □ふつつ | □(湿疹・遅延性黄疸・血管腫(莓状・その他)(部位)・カフェオーレ斑(1cm ² ×6cm以上)・白斑・貧血・チアノーゼ) |
| 3. 頭 部 | □ふつつ | □(大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門(開大 cm× cm・狭小 cm× cm)) |
| 4. 顔 部 | □ふつつ | □(顔貌異常・巨舌・口蓋裂・高口蓋・斜頸・眼瞼下垂・斜視・眼振・瞳孔異常・他) |
| 5. 胸 部 | □ふつつ | □(心雑音 /VI(部位:)・不整脈・喘息・胸郭異常(ロート胸・鳩胸、その他)・乳房腫大)) |
| 6. 腹 部 | □ふつつ | □(ヘルニア(臍・そけい)・肝腫大(cm)・脾腫(cm)) |
| 7. 股 ・ 外 陰 部 | □ふつつ | □(股関節開排制限・しわの左右差・停留睾丸・陰のう水腫・精索水腫・小陰唇癒着) |
| 8. 姿 勢 ・ 運 動 | □ふつつ | □(活動性低下・低緊張・そり返り・運動過多) |
| 9. ま と め | □ふつつ | □(身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点) |

医師:

健診結果要約

江府町1か月児健康診査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

江府町長 様

申請／請求者 住 所
氏 名 _____ 印
電話番号（ — — ）

江府町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第10条の規定により、次の事項に同意した上で、下記のとおり申請／請求します。
※ 江府町1か月児健康診査費助成金の額は、上限を6,000円／回とする。

保 護 者 氏 名			
受 診 者	(ふりがな) 乳児氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
健康診査実施 医 療 関 の 名 称			
健診年月日		年 月 日	
自己負担額		円	助成限度額 円
請求金額		金 円也	
添 付 資 料 ・ 1か月児健康診査票 ・ 1か月児健康診査にかかる領収書 ・ 母子健康手帳			

様式第4号（第10条関係）

郵便番号

番
年 月 日

住所

（乳 児 氏 名） 様
保護者 様

江府町長

江府町1か月児健康診査費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました江府町1か月児健康診査費助成金については、
江府町1か月児健康診査費助成事業実施要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり交付
することに決定しましたので通知します。

記

1 助 成 金 額 円

2 振 込 予 定 日 年 月 日

3 振 込 口 座 登録されている口座に振り込みます。

※この通知書は、給付が完了するまで大切に保管してください。