

砂川市訓令第33号

令和6年6月20日

砂川市1か月児健康診査費用助成事業実施要綱を次のように定める。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市1か月児健康診査費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この訓令は、1か月児健康診査（以下「健診」という。）を受ける乳児の保護者（以下「保護者」という。）に対し、健診に要する費用（以下「健診費」という。）を助成することにより、保護者の経済的負担の軽減を図るとともに、乳児の成長発達の確認、疾病等の早期発見・早期治療につなげ、よって健康の保持増進を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、健診の受診日において、市内に住所を有する乳児の保護者とする。

(健診の内容等)

第3条 助成の対象となる健診は、助成対象者及びその乳児が医療機関又は助産所（以下「医療機関等」という。）で受ける問診、診察、身体測定その他必要な内容（医療保険が適用されるものを除く。）とする。

2 前項の健診は、同項の乳児が出生後27日を超え、生後6週間に達しない時期に実施する。ただし、特別な事情があると市長が認めたときは、この限りでない。

(健診の実施機関)

第4条 前条の健診は、北海道が健診の実施に係る協定を締結している医療機関等において実施する。

2 前項の規定にかかわらず、助成対象者が里帰り出産等により同項の協定を締結していない医療機関等（国内の医療機関等に限る。）での健診を希望する場合は、あらかじめ本市と当該医療機関等との間で個別に委託契約を締結し、健診を実施するものとする。ただし、委託契約の締結が困難であると市長が認めたときは、この限りではない。

(受診票の交付)

第5条 健診の実施に当たっては、母子保健法（昭和40年法律第141号）第15条の規定による妊娠の届出（以下「届出」という。）をした妊婦に対し、北海道が定める医療機関等に委託して行う妊産婦健康診査及び乳児健康診査実施要領（以下「道要領」という。）に基づき、1か月児健康診査受診票（別記第1号様式。以下「受診票」という。）を次のとおり交付するものとする。また、既に本市以外で届出をしている転入者（以下「転入者」という。）についても受診票を交付するものとする。

(1) 届出後、妊娠26週前後の時期に交付するものとする。

(2) 前号の規定にかかわらず、同号に規定する交付時期よりも届出が遅くなった妊婦については、当該届出時に交付するものとし、転入者については、当該転入日における受診状況に応じて交付するものとする。

2 受診票を紛失した保護者から再交付の申請があり、市長が適当と認めたときは、受診票の欄外に「再

交付」と朱書きして交付するものとする。

(健診費に係る助成の限度額)

第6条 健診費に係る助成の限度額は、道要領に定める委託単価とする。

(健診費の請求及び支払方法)

第7条 健診費の請求及び支払方法は、次のとおりとする。

- (1) 健診を実施した医療機関等は、月ごとに実施件数を取りまとめ、道要領に定める1か月児健康診査委託費請求書又は砂川市1か月児健康診査委託費請求書(別記第2号様式)に受診票を添えて、市長に請求するものとする。
- (2) 市長は、前号の請求を受けたときは、その内容を審査の上、医療機関等に健診費を支払うものとする。

(償還払いの申請等)

第8条 健診費を保護者が負担した場合は、当該保護者は、砂川市1か月児健康診査費用助成金交付申請書(別記第3号様式)に次に掲げる書類を添えて、市長に償還払いの申請を行うものとする。ただし、第1号及び第2号の書類については、市長が当該保護者の同意を得て医療機関等に照会することでその内容を確認できる場合は、省略できるものとする。

- (1) 医療機関等が発行する領収書
- (2) 医療機関等が発行する診療明細書
- (3) 母子健康手帳(健診の結果が明記されているもの)
- (4) その他市長が必要と認める書類

- 2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査の上、助成の可否を決定する。この場合における助成金の額は、第6条の道要領に定める委託単価を限度とする。
- 3 市長は、前項の規定により助成の可否を決定したときは、砂川市1か月児健康診査費用助成金交付(不交付)決定通知書(別記第4号様式)により当該保護者に通知する。
- 4 償還払いの申請は、健診が終了した日の翌日から1年以内に行わなければならない。

(助成金の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正の手段により助成を受けた者に対し、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第10条 この訓令に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この訓令は、令和6年6月20日から施行し、同年4月1日以後に助成対象者の乳児が受診した健診から適用する。

別記第1号様式（第5条関係）

発行市町村名	砂川市	No.	
--------	-----	-----	--

1 か月児健康診査受診票（医療機関・助産所用）

この受診票は、標準的には出生後 27 日を超え、生後6週間に達しない乳児の健診で使用できます。

乳児氏名		年	月	日生
居住地				
母の氏名	電話()			
上記乳児の健康診査を依頼します。				
年 月 日				
砂川市長				
各医療機関・助産所の長 様				

～ 健康診査の結果 ～（医療機関又は助産所記入欄）	
健康診査年月日	年 月 日
診査結果	1 異常なし 2 要支援・治療 詳細は別紙問診票および健康診査票のとおり
委託医療機関・助産所名称	
担当医師名	印

【保護者の方へ】

- 1 か月児健康診査を受けるときは、この受診票を医療機関又は助産所にお渡してください。
- この受診票で受診できる健康診査項目

- | |
|-------------------------|
| ① 問診(身体発育状況、養育環境、健康相談等) |
| ② 診察(身体発育状況、栄養状態等) |
| ③ 身体測定 |

この健診項目については、公費で負担され、保護者の負担はありません。

- この受診票は、本人以外使用できません。
また、居住地から転出した場合も使用できません。(転出先の市町村へ申し出てください。)

【医療機関の方へ】

- この受診票は、標準的には出生後 27 日を超え、生後6週間に達しない乳児の健診で使用できます。
- 委託医療機関等は、別添の請求書により請求するとともに、この受診票を添付してください。

砂川市1か月児健康診査委託費請求書

（あて先） 砂川市長 様

下記のとおり請求いたします。

記

年 月分内訳

内	区 分	単 価	請求件数	請求金額
訳	1か月児健康診査	円	件	円
		円	件	円

請求年月日

年 月 日

請求額合計

百万	千
.....

円

郵便番号	請求印
住 所	
施設名	
ふりがな	
代表者氏名	
電話番号	

委託医療機関の振込先金融機関および口座番号等

() 銀行 信金	・普通	(ふりがな) 口座名義							
() 本・ 支店	・当座	口座番号							

別記第3号様式（第8条関係）

砂川市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

住 所
申請者 氏 名
(健診児との関係)

砂川市1か月児健康診査費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、砂川市1か月児健康診査費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請に関わる、住所等の確認のために住民登録の閲覧や、必要がある場合における医療機関等への照会及び診療明細の閲覧について同意します。

健診児	ふりがな	生年月日	性 別
		年 月 日 (か月)	男・女
	住 所		
保護者	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	電話番号		
健康診査	診査年月日	申 請 額	医療機関等名
	年 月 日	円	
振込先	() 銀行 金庫	(ふりがな) 口座名義人	
	(本・支 店) ・普通 ・当座	口座番号	
※以下は記入しないでください。			
市記入欄	收受印	<input type="checkbox"/> 交付決定 交付決定額 円 <input type="checkbox"/> 不交付決定	

別記第4号様式（第8条関係）

砂川市1か月児健康診査費用助成金交付（不交付）決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市長

印

年 月 日付けで申請のありました1か月児健康診査費用助成金の交付について、下記のとおり決定しましたので、砂川市1か月児健康診査費用助成実施要綱第8条第3項の規定に基づき通知します。

記

1 交 付	砂川市1か月児健康診査費用助成金 円を交付します。
2 不 交 付	理由