

茨木市乳児一般（1か月児）健康診査費用助成事業実施要綱

（目的）

第1 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号）に規定する乳児の健康診査を受診した者の保護者に対し、受診費用を助成することにより、乳児の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

（対象者）

第2 乳児一般（1か月児）健康診査（以下「健康診査」とする。）の対象者（以下「診査対象者」とする。）は、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されている者であって、次に掲げる要件のいずれかに該当する者とする。

- (1) 生後27日を超え6週未満の者
- (2) 市長が特に必要と認める者

（健康診査の内容）

第3 健康診査の内容は、次のとおりとする。

- (1) 問診及び診察
- (2) 身体計測
- (3) 保健指導

（実施の方法）

第4 健康診査は、次に掲げる方法により実施するものとする。

- (1) 一般社団法人大阪府医師会への委託
- (2) その他市長が特に必要と認める医療機関での個別実施

（申込み）

第5 健康診査の受診申込みは、受診者の保護者等が医療機関等へ直接申し込むものとする。

（事後指導）

第6 健康診査の結果、事後指導を要する者に対しては、その保護者等に必要な指導を行うものとする。

（助成対象者）

第7 助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、第4第2号の方法で健康診査を受診した令和6年7月1日以降生まれの者の保護者であって、受診の費用を負担をした者とする。

（助成額及び回数）

第8 助成金の額は次に掲げる額のうちいずれか少ない額とし、診査対象者1人につき1回とする。

- (1) 健康診査を受診した日の属する年度において本市が一般社団法人大阪府医師会と締結している委託契約における健康診査に係る委託料の額
- (2) 助成対象者が負担した受診額

(助成の申請)

第9 助成対象者(以下「申請者」という。)は、茨木市乳児一般(1か月児)健康診査費用助成金申請書兼請求書(様式第1号)に次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。ただし、申請者の同意を得た上で本市においてその内容が確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

- (1) 医療機関へ提出し、健康診査の結果その他の必要事項が記載された受診票
- (2) 診査対象者が健康診査を受診した医療機関等が発行する領収書(原本)であって、助成金の交付に必要な事項が確認できるもの
- (3) 母子健康手帳のうち助成金交付の決定に必要な事項が記載された部分の写し(交付の決定)

第10 市長は、前条の申請を受理したときは、これを審査し、茨木市乳児一般(1か月児)健康診査費用助成金交付(不交付)決定通知書(様式第2号)によって申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を支払うものとする。

(助成金の返還等)

第11 市長は、助成金の交付を受ける者あるいは受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金を交付せず、若しくは減額し、又は全部若しくは一部を返還させることができる。

- (1) この要綱に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めたとき。

(受診票)

第12 この要綱に定める受診票等の様式は、市長が別に定める。

(その他)

第13 この要綱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

この要綱は、令和6年7月1日から実施する。

様式第1号（第9関係）

茨木市乳児一般（1か月児）健康診査費用助成金申請書兼請求書

（あて先） 茨木市長

次のとおり、乳児一般（1か月児）健康診査費用の助成を関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日		年 月 日			
（保護者） 申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	⑩ (自署の場合は押印不要)			
	住所	茨木市		電話番号	
	受診者との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()			
受診者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。			
療受機診関医	名称			所在地	都道府県
受診日	年 月 日			請求額	
（振込先者名義） 口座	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名 ・ 店番	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号 (7桁)	
	フリガナ				
	口座名義				

（同意）

審査のため、申請者及び受診者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者

⑩

（自署の場合、押印不要）

様式第2号(第10関係)

茨木市指令 第 号

住所

氏名

様

茨木市乳児一般(1か月児)健康診査費用助成金交付(不交付)決定通知書

年 月 日 付け申請の茨木市乳児一般(1か月児)健康診査費用助成金
について、次のとおり決定したので通知します。

決定内容	交付・不交付
	交付決定額 円 (年 月 日 に、申請者指定の口座に振り込みます。※)
不交付の理由	
備考	

次のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部を返還していただくことがあります
のでご注意ください。

- (1) 茨木市乳児一般(1か月児)健康診査費用助成事業実施要綱の規定に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めたとき。

年 月 日

茨 木 市 長

印