

桑名市告示第118号

桑名市1か月児健康診査費用助成事業要綱を次のように定める。

令和8年4月1日

桑名市長 伊藤徳宇

桑名市1か月児健康診査費用助成事業要綱

(目的)

第1条 この告示は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条第1項に基づき、桑名市に住民登録を有するおおむね生後27日を超え生後6週に達しない乳児（以下「1か月児」という。）に対して実施する1か月児健康診査（以下「健康診査」という。）に要する費用を助成することにより、疾病及び異常を早期発見し、適切な指導を行い、その進行を未然に防止するとともに、養育環境を評価し、保護者への育児に関する助言を行うことで、乳児の健康保持及び増進を図るとともに、保護者の経済的負担を軽減することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 健康診査の費用に係る助成金（以下「助成金」という。）の対象となる者は、医療機関において健康診査を受ける1か月児（令和8年4月1日以後に出生した1か月児に限る。）の保護者であって、当該健康診査を受診した日において市内に住所を有するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に認める者は、当該対象者とすることができる。

(健康診査の内容)

第3条 助成金の対象となる健康診査の内容は、次に掲げるものとする。

(1) 問診

(2) 次の事項に係る診察

ア 身体発育状況

イ 栄養状態

ウ 疾病及び異常の有無

エ 新生児聴覚検査及び先天性代謝異常検査の実施状況の確認

オ ビタミンK2投与の実施状況の確認

カ その他育児上問題となる事項

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、6,000円とする。ただし、健康診査に要する費用の額がこれに満たない場合は、当該健康診査に要する費用の額とする。

2 助成金の交付回数は、1か月児1人につき、1回とする。

(結果票の交付)

第5条 市長は、第2条に規定する対象者に桑名市1か月児健康診査結果票（様式第1号。以下「結果票」という。）を交付するものとする。

(受診の方法)

第6条 前条の規定により結果票の交付を受けた者は、健康診査を実施する市内の医療機関又は市長が認める医療機関（以下「実施医療機関等」という。）に交付された結果票を提出し、所定の健診を受けるものとする。

2 健康診査の結果は、実施医療機関等が結果票に記録するものとする。

(費用の負担)

第7条 前条の規定により健康診査を受診した者の保護者は、助成金の請求及び受領について実施医療機関等にその権限を委任するものとし、第3条に規定する健康診査の内容以外に要する費用は、当該保護者の負担とする。

(助成金の申請等)

第8条 実施医療機関等は、第6条の規定により1か月児が健康診査を受診したときは、桑名市1か月児健康診査委託料請求書（様式第2号）に結果票を添えて、当該健康診査を実施した日の属する月の翌月の10日までに市長に提出するものとする。

2 市長は、実施医療機関等から前項の請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、助成金を交付するものとする。

(実施医療機関等以外での受診等)

第9条 市長は、実施医療機関等以外で健康診査を受診した場合等やむを得ない理由により当該1か月児の保護者が健康診査に要する費用の全額を負担したときは、当該保護者に第4条第1項に規定する額の助成金を交付するものとする。

2 前項に規定する助成金の交付を受けようとする者は、健康診査を受けた日から60日以内に、桑名市1か月児健康診査費用助成金交付申請書（様式第3号）に次に掲げる書類を添付して、市長に申請するものとする。この場合において、健康診査を受けた日及び第2号に掲げる書類の日付は、同日に限る。

(1) 結果票

(2) 実施医療機関等が発行する領収書その他費用を確認できる書類
(助成金の交付決定等)

第10条 市長は、前条に規定する申請があったときは、当該申請に係る書類等の審査により、交付の決定をするものとする。

2 市長は、助成金の交付を決定したときは、速やかにその決定の内容を桑名市1か月児健康診査費用助成金交付決定通知書（様式第4号）により当該申請者に通知し、助成金を当該申請者が指定する金融機関の口座に振り込むものとする。

(助成金の返還)

第11条 市長は、虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から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。

(その他)

第12条 この告示に定めるもののほか、この告示の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

様式第1号 (第5条関係)

1 か月児健康診査結果票〔A〕 (市提出用)

*太線内の項目をボールペンで記入してください。

フリガナ				主な保育者	母・父・祖父母・他()		
乳児氏名				月 齢	満 月 日 <small>妊娠37週未満の場合 修正月齢 月 日</small>		
生年月日	令和 年 月 日	性 別	男・女	出生順位	第 子		
出生体重	g			在胎週数	週 日		
保護者名				電 話	(母・父・)		
住 所							

*以下は医療機関が記入してください。

身長	cm	体重 (増加量 g/日)	頭囲	cm	栄養	母乳・混合・人工乳
1	栄養状態	良・要指導()	10	腹部・腰部	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	
2	身体的発育異常	無・有()	無・有	11	四肢 無・有	ア 四肢の運動制限 イ 内反足
3	外表奇形	無・有()				
4	姿勢の異常	無・有()	無・有	12	神経学的異常 無・有	ア モロー反射 イ 筋トヌス
5	皮膚	ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他()				
6	頭 部	ア 頭血腫	13	発育性股関節形成不全リスク因子 無・有	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	
		イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常				
7	顔	ア 特異的顔貌	14	その他の異常 無・有()		
		イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 ウ 口唇裂・口蓋裂 エ 小頭症・副耳・耳瘻孔等				
8	頭 部	ア 斜頸	16	先天性代謝異常等検査の結果説明 済・未 検査結果 異常なし・未実施 異常あり()		
		イ その他の頭部腫瘍				
9	胸 部	ア 胸部の異常	17	便秘カード 番		
		イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈				
19	育児環境等	無・有：母の心身状態・その他()				
20	心配事	無・有()				
21	判 定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)→紹介先()				
22	医師指導内容	1 栄養 2 養育 3 育児不安 4 睡眠 5 その他()				
23	市町への指示	1 なし 2 要指導(電話相談・来所・訪問) 内容：身体発育・発達・栄養・養育不安・その他()				

1	お乳(ミルク)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	大きな音で泣くときや手を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか	はい・いいえ	
4	お乳(ミルク)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	からだがかたに柔らかいか硬いか感じたことがありますか	いいえ・はい	
6	薄い黄色、もしくは薄いクリーム色の便(便色カード1～3番)が続いていますか	いいえ・はい	
7	あなたの顔をじっとみることはありますか	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	
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙していますか	いいえ はい(1日 本)	
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙していますか	いいえ はい(1日 本)	
11	窒息の可能性がある柔らかい寝具などを避け、あおむ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に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お過ごせる時間がありますか	はい・いいえ 何ともいえません	
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか	はい・いいえ 何ともいえません	
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 何ともいえません	
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 ①夫 ②実家 ③夫の実家 ④友人 ⑤近所の人 ⑥かかりつけ医 ⑦保育園 ⑧電話相談 ⑨保健師 ⑩インターネット ⑪サークル ⑫子育て支援センター ⑬誰もいない ⑭その他()		
	17	(きょうだいがいる場合) 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とお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか ①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④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 わからなくなりまし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 ①大変ゆとりがある ②ややゆとりがある ③普通 ④やや苦しい ⑤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
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存じですか		はい・いいえ

上記のとおり、健康診査結果を報告します。 受診日

年 月 日

医療機関名
担当医師名

切り取り線

1 か月児健康診査結果票〔B〕 (市提出用)

*太線内の項目をボールペンで記入してください。

フリガナ				主な保育者	母・父・祖父母・他()		
乳児氏名	月	満	日	月	満	日	
生年月日	令和	年	月	日	性 別	男・女	出生順位
出生体重	g			在胎週数	週 日		
保護者名				電 話	(母・父・)		
住 所							

*以下は医療機関が記入してください。

身長	cm	体重 (増加量)	g (g/日)	頭 囲	cm	栄 養	母乳・混合・人工乳
診 察	1 栄養状態	良・要指導()		10 腹部・腰部	無・有	ア	臍：肉芽・ヘルニア
	2 身体的発育異常	無・有()				イ	腹部腫瘍
	3 外表奇形	無・有()				ウ	そけいヘルニア
	4 姿勢の異常	無・有()				エ	仙骨部の異常
所 見	5 皮膚	ア	黄疸	11 四肢	無・有	ア	四肢の運動制限
		イ	血管腫			イ	内反足
		ウ	色素異常			ア	モロー反射
		エ	その他()			イ	筋トヌス
見	6 頭部	ア	頭血腫	13 発育性股関節形成不全リスク因子	無・有	ア	股関節開排制限
		イ	頭囲拡大			イ	大腿/そけい皮膚溝の非対称
		ウ	小頭症			ウ	家族歴
		エ	縫合異常			エ	女児
見	7 顔	ア	特異的顔貌	14 その他の異常	無・有()	オ	骨盤位分娩
		イ	目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等			オ	骨盤位分娩
		ウ	口唇裂・口蓋裂			オ	骨盤位分娩
		エ	小頭症・副耳・耳瘻孔等			オ	骨盤位分娩
見	8 頸部	ア	斜頸	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	無・有()	オ	骨盤位分娩
		イ	その他の頸部腫瘍			オ	骨盤位分娩
		ウ	呼吸の異常			オ	骨盤位分娩
		エ	心雑音			オ	骨盤位分娩
見	9 胸部	ア	胸部の異常	17 便色カード	番	オ	骨盤位分娩
		イ	呼吸の異常			オ	骨盤位分娩
		ウ	心雑音			オ	骨盤位分娩
		エ	不整脈			オ	骨盤位分娩
見	19 育児環境等	無・有：母の心身状態・その他()		18 ビタミンK ₂ の投与	無・有()	オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
見	20 心配事	無・有()		16 先天性代謝異常等検査の結果説明	無・有()	オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
見	21 判定	無・有()		16 先天性代謝異常等検査の結果説明	無・有()	オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
見	22 医師指導内容	無・有()		16 先天性代謝異常等検査の結果説明	無・有()	オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
見	23 市町への指示	無・有()		16 先天性代謝異常等検査の結果説明	無・有()	オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩
		無・有()				オ	骨盤位分娩

1	お乳(ミルク)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	大きな音にビクッ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(ミルク)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	からだがかたに柔らかいか硬いか感じたことがありますか	いいえ・はい
6	薄い黄色、もしくは薄いクリーム色の便(便色カード1～3番)が続いていますか	いいえ・はい
7	あなたの顔をじっとみることはありますか	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
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙していますか	いいえ はい(1日 本)
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙していますか	いいえ はい(1日 本)
11	窒息の可能性がある柔らかい寝具などを避け、あおむ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に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お過ごせる時間がありますか	はい・いいえ 何ともいえません
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか	はい・いいえ 何ともいえません
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 何ともいえません
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 ①夫 ②実家 ③夫の実家 ④友人 ⑤近所の人 ⑥かかりつけ医 ⑦保育園 ⑧電話相談 ⑨保健師 ⑩インターネット ⑪サークル ⑫子育て支援センター ⑬誰もいない ⑭その他()	
17	(きょうだいがいる場合) 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とお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか ①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④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 ①大変ゆとりがある ②ややゆとりがある ③普通 ④やや苦しい ⑤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
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存じですか	はい・いいえ

上記のとおり、健康診査結果を報告します。 受診日

年 月 日

医療機関名
担当医師名

1 か月児健康診査結果票〔C〕（医療機関控）

*太線内の項目をボールペンで記入してください。

フリガナ				主な保育者	母・父・祖父母・他()		
乳児氏名				月 齢	満 月 日 <small>妊娠37週未満の場合 修正月齢 月 日</small>		
生年月日	令和 年 月 日	性 別	男・女	出生順位	第 子		
出生体重	g			在胎週数	週 日		
保護者名				電 話	(母・父・)		
住 所							

*以下は医療機関が記入してください。

身長	cm	体重 (増加量 g/日)	頭囲	cm	栄養	母乳・混合・人工乳		
診	1 栄養状態	良・要指導()	10 腹部・腰部	無・有	ア	臍：肉芽・ヘルニア		
	2 身体的発育異常	無・有()			イ	腹部腫瘍		
	3 外表奇形	無・有()			ウ	そけいヘルニア		
	4 姿勢の異常	無・有()			エ	仙骨部の異常		
察	5 皮膚	ア	11 四肢	無・有	ア	四肢の運動制限		
		イ			血管腫	イ	内反足	
		ウ			色素異常	ア	モロー反射	
所	6 頭部	エ	12 神経学的異常	無・有	イ	筋トヌス		
		ア			13 発育性股関節形成不全リスク因子	ア	股関節開排制限	
		イ				頭囲拡大	イ	大腿/そけい皮膚溝の非対称
		ウ				小頭症	ウ	家族歴
		エ				縫合異常	エ	女児
オ	特異的顔貌	オ	骨盤位分娩					
見	7 顔	イ	14 その他の異常	無・有()	15 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左・両方)・未		
		ウ					目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	
		エ					口唇裂・口蓋裂	
		オ					小頭症・副耳・耳瘻孔等	
8 頸部	無・有	ア	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未	検査結果	異常なし・未実施		
		イ					斜頸	
		ウ					その他の頸部腫瘍	
9 胸部	無・有	ア	17 便色カード	番	18 ビタミンK ₂ の投与	できている・できていない		
		イ					胸部の異常	
		ウ					呼吸の異常	
19 育児環境等	無・有	ウ	心雑音					
		エ	不整脈					
		オ	不整脈					
20 心配事	無・有()							
21 判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)→紹介先()							
22 医師指導内容	1 栄養 2 養育 3 育児不安 4 睡眠 5 その他()							
23 市町への指示	1 なし 2 要指導(電話相談・来所・訪問) 内容：身体発育・発達・栄養・養育不安・その他()							

1 お乳(ミルク)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 大きな音にビクッ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(ミルク)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か硬いか感じたことがありますか	いいえ・はい
6 薄い黄色、もしくは薄いクリーム色の便(便色カード1～3番)が続いていますか	いいえ・はい
7 あなたの顔をじっとみることはありますか	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
9 現在、お子さんのお母さんは喫煙していますか	いいえ はい(1日 本)
10 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙していますか	いいえ はい(1日 本)
11 窒息の可能性がある柔らかい寝具などを避け、あおむ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に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お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 ①夫 ②実家 ③夫の実家 ④友人 ⑤近所の人 ⑥かかりつけ医 ⑦保育園 ⑧電話相談 ⑨保健師 ⑩インターネット ⑪サークル ⑫子育て支援センター ⑬誰もいない ⑭その他()	
17 (きょうだいがいる場合) 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とお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか ①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④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 ①大変ゆとりがある ②ややゆとりがある ③普通 ④やや苦しい ⑤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
25 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存じですか	はい・いいえ

上記のとおり、健康診査結果を報告します。 受診日

年 月 日

医療機関名
担当医師名

様式第2号（第8条関係）

桑名市1か月児健康診査委託料請求書（ 年 月分）

年 月 日

（宛先）桑名市長

所在地
名称
代表者

印

下記のとおり請求します。

区 分	単 価	件 数	請求金額	摘 要
1か月児健康診査		件	円	
1か月児健康診査 （助成金上限額を超えないもの）		件	円	
請求金額合計		件	円	

※翌月の10日（土日祝日の場合は休み明け）までに桑名市1か月児健康診査結果票を添付しご請求ください。

振 込 先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号						
			1 普通 2 当座							
	フリガナ									
	口座名義人									

※押印を省略する場合は下記にもご記入をお願いします。なお、押印を省略した場合、請求書の訂正はできません。

【発行責任者】役職・所属：

氏名（フルネーム）：

電話番号：

【担当者】役職・所属：

氏名（フルネーム）：

電話番号：

様式第3号（第9条関係）

年 月 日

（宛先）桑名市長

桑名市1か月児健康診査費用助成金交付申請書

桑名市1か月児健康診査費用助成事業の助成金の交付を受けたいので、桑名市1か月児健康診査費用助成事業要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者（保護者）	住所			
	氏名	（続柄）		
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
対象児	住所	※申請者と同じ場合は不要		
	氏名		生年月日	年 月 日
受診日	年 月 日			
助成金申請額	円			

振込先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号					
			1 普通 2 当座						
	フリガナ								
	口座名義人								

※ 申請者と口座名義人が異なる場合（ご家族等、生計を一にする方のみ委任可能です。）は、下の委任欄に申請者の署名が必要です。

私は、上記の口座名義人に桑名市1か月児健康診査費用助成事業の助成金の受領に関わる一切の権限を委任します。

申請者氏名

添付書類

- 1 桑名市1か月児健康診査結果票
- 2 実施医療機関等が発行する領収書その他費用を確認できる書類

様式第4号（第10条関係）

年 月 日

様

桑名市長 印

桑名市1か月児健康診査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました桑名市1か月児健康診査費用助成事業の助成金の交付について、次のとおり交付することを決定しましたので、桑名市1か月児健康診査費用助成事業要綱第10条第2項の規定により通知します。

記

助成金の額 円