

## 久喜市1か月児健康診査費助成金交付要綱

### (趣旨)

第1条 この告示は、乳児の疾病及び異常を早期に発見することで、その進行を未然に防止することを目的とした1か月児健康診査の受診を促進するため、1か月健康診査を受診した乳児の保護者に対し、予算の範囲内において久喜市1か月児健康診査費助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この告示において、「医療機関等」とは、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院並びに同条第2項に規定する診療所又は医療法第2条に規定する助産所をいう。

2 この告示において、「1か月児健康診査」とは、出生後概ね1か月に達した乳児が受ける身体の発育状況、栄養状況等に係る健康診査をいう。

### (助成対象者)

第3条 助成金の交付の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、市内に住所を有する乳児の保護者であって、久喜市以外の市区町村において、助成金と目的を同じくする助成等を受けていないものとする。

### (助成対象経費)

第4条 助成金の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、医療機関等における1か月児健康診査の受診に要する費用とする。

### (助成金の額等)

第5条 助成金の額は、1か月児健康診査の際に医療機関等に支払った費用の額とし、1か月児健康診査を受けた乳児1人につき、4,000円を限度とする。

2 助成金の交付は、1か月児健康診査を受けた乳児1人につき1回限りとする。

### (助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、1

か月児健康診査費助成金交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）

に、次に掲げる書類を添付して、市長に提出するものとする。

(1) 1か月児健康診査を受けた医療機関等において発行された当該検査費用の領収書

(2) 1か月児健康診査の受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し

(3) その他市長が必要と認める書類

2 申請書の提出期限は、1か月児健康診査を受診した日から起算して1年を経過する日とする。

(助成金の交付決定等)

第7条 市長は、申請者から申請書の提出があったときは、速やかに内容を審査し、交付の可否を決定するものとする。

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、1か月児健康診査費助成金交付決定通知書（様式第2号）により当該申請者に通知するものとする。

3 市長は、第1項の規定により助成金を交付しないことを決定したときは、1か月児健康診査費助成金不交付決定通知書（様式第3号）により当該申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第8条 前条第2項に規定する通知を受けた者（以下「交付決定者」という。）

は、1か月児健康診査費助成金交付請求書（様式第4号）により市長に助成金の交付を請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、交付決定者に対し、速やかに助成金を交付するものとする。

(その他)

第9条 この告示に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長

が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号（第6条関係）

1か月児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

久喜市1か月児健康診査費助成金の交付を受けたいので、久喜市1か月児健康診査費助成金交付要綱第6条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診した 乳児	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
受診した医療機関 等の名称				
受 診 日	年 月 日			
支 払 額	円			
申 請 額 (上限額: 4,000円)	円			

(添付書類)

- 1 1か月児健康診査を受けた医療機関等において発行された当該検査費用の領収書
- 2 1か月児健康診査の受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し
- 3 その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第7条関係）

1 か月児健康診査費助成金交付決定通知書

久 第 号  
年 月 日

様

久喜市長



年 月 日付で申請のありました久喜市1 か月児健康診査費助成金については、下記のとおり交付することに決定しましたので、久喜市1 か月児健康診査費助成金交付要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

交付決定額 金 \_\_\_\_\_ 円

様式第3号（第7条関係）

1 か月児健康診査費助成金不交付決定通知書

久 第 号  
年 月 日

様

久喜市長



年 月 日付けで申請のありました久喜市1 か月児健康診査費助成金については、下記の理由により交付しないことに決定したので、久喜市1 か月児健康診査費助成金交付要綱第7条第3項の規定により通知します。

記

不交付の理由

様式第4号（第8条関係）

1か月児健康診査費助成金交付請求書

年 月 日

久喜市長 あて

住 所  
氏 名  
電話番号

印

年 月 日付け久 第 号で交付決定を受けた久喜市1か月児健康診査費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	支店 ※ゆうちょ銀行の場合は店番
預金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		