

鹿屋市妊産婦・乳幼児健康診査事業実施要綱の一部を改正する要綱

鹿屋市妊産婦・乳幼児健康診査事業実施要綱（平成18年鹿屋市告示第103号）の一部を次のように改正する。

第2条中「妊婦健康診査（多胎妊娠妊婦健康診査を含む。以下同じ。）」の次に「、1か月児健康診査」を加え、「7種」を「8種」に改める。

第3条第1項中第7号を第8号とし、第2号から第6号までを1号ずつ繰り下げ、第1号の次に次の1号を加える。

(2) 1か月児健康診査

対象者	回数	内容
乳児（原則として生後27日～6週未満）	1回	問診、診察、身体測定及び保健指導

第3条第2項第1号中「乳児健康診査、3か月児健康診査」を「1か月児健康診査、3か月児健康診査、乳児健康診査」に改め、同号に次のように加える。

ト 1か月児健康診査受診票（別記第15号の6様式）

第4条第1項第1号中「妊婦健康診査」の次に「、1か月児健康診査」を加え、同項第2号中「精密健康診査」を「乳幼児精密健康診査」に改め、同条第2項第1号中「妊産婦健康診査」の次に「、1か月児健康診査」を加える。

第5条の見出しを「（償還払）」に改め、同条第1項中「第3条第6項」を「第3条第4項」に、「償還払い」を「償還払」に改め、同条第2項中「償還払いを受けようとする者」を「償還払を受けようとする者」に、「妊産婦健康診査等受診費償還払い申請書兼請求書」を「妊産婦健康診査等受診費償還払申請書兼請求書」に改め、同条第4項中「妊産婦健康診査等受診費償還払い支給決定通知書」を「妊産婦健康診査等受診費償還払支給決定通知書」に、「妊産婦健康診査等受診費償還払い不支給決定通知書」を「妊産婦健康診査等受診費償還払不支給決定通知書」に改める。

第6条中「妊婦健康診査」の次に「、1か月児健康診査」を加える。

別記第15号の5様式の次に次の1様式を加える。

第15号の6様式（第3条関係）

1か月児健康診査票

フリガナ 乳児氏名		男・女	年 月 日生 生後()日
居住地	鹿屋市 (電話 - -)		
保護者名		第 子	
今までの病気 1 無 2 有()	現在の病気 1 無 2 有()		

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

出生時の状態		在胎週数()週	出生時体重()g
器 質 的 疾 患 の 確 認	1	お乳をよく飲みますか。(はい ・ いいえ)	
	2	元気な声で泣きますか。(はい ・ いいえ)	
	3	大きな音にビック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	からだに特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。(いいえ ・ はい)	
	6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。(いいえ ・ はい)	
発 達	7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。(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)	
親 (主 な 養 育 者) や 子 育 て の 状 況	9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。(なし ・ あり(1日 本))	
	10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。(なし ・ あり(1日 本))	
	11	窒息の可能性のあるやわらかい寝具等を避け、仰向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うよう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。(はい ・ いいえ)	
	17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)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。(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・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。(大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・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らない、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)		
接 予 種 防	25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。(はい ・ いいえ)	
健康相談の内容			
指導内容			
特記事項			

別記第17号様式から別記第21号様式までを次のように改める。

第17号様式（第4条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査等実施報告書（ 月分）

年 月 日

鹿屋市長 様

住所

氏名

印

委託契約に基づく妊産婦・乳幼児健康診査・新生児聴覚検査を下記のとおり実施したので、受診票を添付して報告します。

記

項目	単価（円）	実施件数(件)	委託料（円）
妊婦健康診査（1）			
妊婦健康診査（2）			
妊婦健康診査（3）			
妊婦健康診査（4）			
妊婦健康診査（5）			
妊婦健康診査（6）			
妊婦健康診査（7）			
妊婦健康診査（8）			
妊婦健康診査（9）			
妊婦健康診査（10）			
妊婦健康診査（11）			
妊婦健康診査（12）			
妊婦健康診査（13）			
妊婦健康診査（14）			
新生児聴覚検査(初回検査)			
新生児聴覚検査(確認検査)			
産婦健康診査（2週間）			
産婦健康診査（1か月）			
1か月児健康診査			
乳児健康診査（9～11か月児）			
乳幼児精密健康診査			
委託事務費			
計			

第18号様式（第4条関係）

妊産婦・乳幼児健康診査等委託料請求書			
			年 月 日
鹿屋市長		様	
下記の金額を請求します。			
請求金額		金 円	
住所			
氏名		印	
受領方法	1 口座振替	2 窓口受領	
※ 番号に○印をつけてください。			
請求内訳	月分妊産婦・乳幼児健康診査・新生児聴覚検査委託料		
品 名	単 価	数 量	金 額
妊婦健康診査(1)			
妊婦健康診査(2)			
妊婦健康診査(3)			
妊婦健康診査(4)			
妊婦健康診査(5)			
妊婦健康診査(6)			
妊婦健康診査(7)			
妊婦健康診査(8)			
妊婦健康診査(9)			
妊婦健康診査(10)			
妊婦健康診査(11)			
妊婦健康診査(12)			
妊婦健康診査(13)			
妊婦健康診査(14)			
新生児聴覚検査(初回検査)			
新生児聴覚検査(確認検査)			
産婦健康診査(2週間)			
産婦健康診査(1か月)			
1か月児健康診査			
乳児健康診査(9～11か月児)			
乳幼児精密健康診査			
委託事務費			
計			

口座振替申請書 ※口座振替による受領を選択された場合は、必ず記入してください。			
下記口座に振り込んでください。			
金融機関名	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金		
支店名	本店・支店・支所・出張所		
口座区分	1 普通	2 当座	3 その他 ()
口座番号			
口座名義人			
※ 該当する項目に○印をつけてください。			

第19号様式（第5条関係）

妊産婦健康診査等受診費償還払申請書兼請求書

年 月 日

鹿屋市長 様

下記のとおり妊産婦健康診査等受診費の償還払を申請及び請求します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
受診者氏名					
受診者住所	鹿屋市 (電話番号)				
健診種別	回数	健診受診日	申請額	助成上限額	決定額
妊婦健康診査	1	年 月 日	円	19,960円	円
	2	年 月 日	円	5,020円	円
	3	年 月 日	円	5,020円	円
	4	年 月 日	円	9,800円	円
	5	年 月 日	円	5,020円	円
	6	年 月 日	円	7,120円	円
	7	年 月 日	円	5,020円	円
	8	年 月 日	円	10,120円	円
	9	年 月 日	円	5,020円	円
	10	年 月 日	円	6,320円	円
	11	年 月 日	円	10,010円	円
	12	年 月 日	円	5,020円	円
	13	年 月 日	円	5,020円	円
	14	年 月 日	円	5,020円	円
多胎妊婦健康診査	1	年 月 日	円	10,010円	円
	2	年 月 日	円	10,010円	円
	3	年 月 日	円	10,010円	円
	4	年 月 日	円	10,010円	円
	5	年 月 日	円	10,010円	円
新生児聴覚検査	初回	年 月 日	円	3,000円	円
	再検	年 月 日	円	3,000円	円
産婦健康診査	1	年 月 日	円	5,000円	円
	2	年 月 日	円	5,000円	円
1か月児健康診査	1	年 月 日	円	4,000円	円
合計	回		円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
銀行	本店	普通		フリガナ	
金庫	支店	当座			
農協	出張所				
上記受診費の受領に関することを下記の者に委任します。※口座名義が申請者と異なる場合 受任者 住所 氏名 印 受診者との続柄 ()					

処理欄

◎裏面の申請上の注意をお読みください。

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

◎申請上の注意

- 1 この申請書兼請求書は、下記の方が受診費の償還払をするための書類です。
 - ◎ 市民の方で、県内の助産所及び県外の医療機関（国内のみ）において妊産婦健康診査等を受診された方
 - ◎ 市民の方で、医療機関（国内のみ）において多胎妊婦健康診査受診票を使用した方
- 2 申請者は、下記の書類を添付してください。
 - 医療機関発行の領収書と診療明細書の写し
 - 受診票（健診結果と医療機関名が記載済みのもの）
 - 通帳の写し（銀行名、支店名、種別、口座番号及び口座番号のページ）
 - 母子健康手帳の写し（出生届1ページ目、妊娠中の経過8・9ページ目、出産の状態14・15ページ目、検査の記録・新生児聴覚検査17ページ目）
- 3 償還払の申請は、妊産婦健康診査等を受診した日の翌日又は出産日から起算して6か月以内に請求してください。
- 4 健康診査項目については、それぞれの受診票に記載されている項目のみとなり、記載されていない項目の検査や文書料などは、受診者の自己負担となります。
- 5 健康診査等に要した費用が、助成上限額に満たない場合は、実際に支払った金額が助成金額になります。

第 年 月 日 号

様

鹿屋市長

印

妊産婦健康診査等受診費償還払支給決定通知書

年 月 日付けで申請がありました妊産婦健康診査等受診費等の償還払について、下記のとおり支給することに決定したので通知します。

記

- 1 受診者 様
- 2 支給額計 円
- 3 支給内容

受診票	健診受診日	支給額	受診票	健診受診日	支給額
妊 婦 健 康 診 査	1回	年 月 日 円	多胎妊婦健診	1回	年 月 日 円
	2回	年 月 日 円		2回	年 月 日 円
	3回	年 月 日 円		3回	年 月 日 円
	4回	年 月 日 円		4回	年 月 日 円
	5回	年 月 日 円		5回	年 月 日 円
	6回	年 月 日 円	聴覚	初回	年 月 日 円
	7回	年 月 日 円		再検	年 月 日 円
	8回	年 月 日 円	産婦	1回	年 月 日 円
	9回	年 月 日 円		2回	年 月 日 円
	10回	年 月 日 円	1か月児健診	年 月 日 円	
	11回	年 月 日 円	支給額計	回 円	
	12回	年 月 日 円			
	13回	年 月 日 円			
	14回	年 月 日 円			

注1 支給額については、保険診療分は対象になりません。

2 支給上限額は、鹿児島県内の統一単価となります。健康診査に要した費用が支給上限額に満たない場合は、実際支払った金額を支給額とします。

第21号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 印

妊産婦健康診査等受診費償還払不支給決定通知書

年 月 日付けで申請がありました妊産婦健康診査等受診費の償還
払について、下記の理由により不支給と決定したので通知します。

記

不支給とした理由

附 則

- 1 この要綱は、令和6年8月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に存する様式は、当分の間、必要な修正をしてこれを使用することができる。