

津市 1 か月児健康診査にかかる費用助成について（依頼）

津市では、1 か月児健康診査にかかる受診費用（自費診療分）の助成を実施しています。津市に住所を有する乳児が受診された場合は、お忙しいところ恐縮ですが、下記のとおり御対応いただきますようお願いいたします。

記

1 1 か月児健康診査の助成できる回数と金額について

助成回数は、受診日に津市に住所を有する乳児（おおむね生後 1 か月から 2 か月未満）1 人につき 1 回です。助成金額は上限 4, 0 0 0 円で、健診費用と比べて低い額を助成します。

（特別な事情で 2 か月未満に受診できなかった場合は、津市健康づくり課までお問合せください。）

2 健診項目及び津市 1 か月児健康診査受診票兼結果票について

津市が交付する津市 1 か月児健康診査受診票兼結果票（以下「結果票」）にある健診項目について実施していただき、結果票、及び母子健康手帳に健診結果を記載してください。

3 助成方法について

下記の（１）もしくは（２）の方法で御対応ください。どちらの場合も、受診者に 1 か月児健康診査に係る領収書、及び明細書を発行してください。

（１）「津市 1 か月児健康診査に係る権限の委任書」（以下「委任書」）を提出した受診者には、健診費用から助成額（上限 4, 0 0 0 円）を差し引いた自己負担額を徴収してください。

その後、別添の「1 か月児健康診査費用助成の流れ」を参照のうえ、「津市 1 か月児健康診査実施報告書（兼）請求書」と記載済みの委任書、結果票を津市に御提出ください。

（２）委任書による対応が困難な場合、本人から健診費用全額を徴収してください。受診後に受診者からの津市の費用助成の申請に基づき津市から直接本人へ費用助成をします（本人への助成金は上限 4, 0 0 0 円です）。

4 健診項目の追加について

結果票に記載された健診項目以外の項目を追加した場合は、当該健診項目は助成の対象とはなりません。受診者に健診項目について十分に説明し、受診者の同意を得て健診をしていただきますようお願いいたします。

5 結果票の記載漏れに係るお願い

結果票に記載漏れがあった場合、受診者の了解を得て、医療機関、助産所に健診内容の問い合わせをすることがありますので、御協力をお願いします。

6 問い合わせ先について

津市 1 か月児健康診査について、御不明な点は下記へお問い合わせください。

津市役所 健康づくり課

〒514-8611 三重県津市西丸之内23番1号

電話：059-229-3310 FAX：059-229-3346

1 か月児健康診査費用助成の流れ

【委任書を使用する場合（医療機関が費用の請求及び受領に係る事務を実施する場合）】

1. 予約時

- ・津市1か月児健康診査の対象であるかを確認
- ・「津市1か月児健康診査のご案内・津市1か月児健康診査受診票兼結果票（A5びわ色両面）※」を持参するよう伝える

2. 受診時

- ・「津市1か月児健康診査に係る権限の委任書」及び「津市1か月児健康診査受診票兼結果票」の太枠部分を保護者が記入 ＊点線枠分は医療機関にて記入してください

（A5びわ色両面）

津市 1か月児健康診査のご案内	
津市では、赤ちゃんの成長や発達・保護者の方の心配事や気になる事を確認する機会としていただくために、1か月児健康診査を実施しています。 1か月児健康診査を受けて、赤ちゃんの成長を確認しましょう。	
1. 津市内の1か月児健康診査協力医療機関にて無料で受けることができます。 ※健診項目以外の検査や治療が必要な場合は費用がかかります。	
2. 令和6年1月1日以降に出生され、受診日に津市に住民票がある児が対象です。	

●市外・県外等で受診する場合●

下記の①もしくは②の方法で助成を受けることができます。

①下記の「津市1か月児健康診査に係る権限の委任書」を記入し、受診する医療機関窓口へ提出する。
上限4,000円の助成を受けることができます。（健診費用4,000円までは窓口負担はありません）。費用が4,000円を超える場合は差額は自己負担での支払いが必要です。

②（①の方法で受診ができない場合）全額自己負担にて受診後、保健センターにて費用助成の申請を行う。
後日、お振込みにて（上限4,000円）を返金します。
◎申請に必要なものは、津市ホームページでご確認ください。

津市 1か月児健康診査受診票兼結果票	
※太線内すべての項目をボールペンでしっかり書いてください。	
受診日 令和 年 月 日	*妊婦37週未満の場合 修正月齢 月 日
乳児氏名	月 日 時 分
生年月日 令和 年 月 日	性別 男・女 第 () 子
出生体重 g	在胎週数 週 日
母体の 異常 あり ()	分娩時の 様式 経産分娩・帝王切開 その他 ()
保護者名	
電話	
住所	住民票登録地
授乳の 様子 1.よく飲む 2.むらがある 3.その他 ()	排便 1.毎日 () 回 2. () 日に () 回
母乳: 回/日	1.ほとんど吐かない
栄養 ミルク: 1回 cc 吐乳 2.少し吐く (1日 回)	3.多量に吐く (1日 回)
心拍なこと 1. なし 2. あり	

体重 g	身長 cm
頭圍 cm	栄養状態 良・要指導
発達	運動姿勢異常 無・有 () モロー反射 有・無 () 手掌把握反射 有・無 () 非対称性緊張性頭反射 有・無 ()
特記事項	
総合判定	1. 異常なし 2. 既医療 3. 要経過観察 4. 要紹介 (要精密) 5. 要紹介 (要治療) 内容 ()

上記のとおり、健康診査結果を報告します。 令和 年 月 日

委託医療機関名
担当医師名
担当助産師名

津市 1か月児健康診査に係る権限の委任書

令和 年 月 日

津市長

申請者氏名

私は、1か月児健康診査にかかる費用の請求及び受領について
下記協力医療機関を代理人と定め、その権限を委任します。

(協力医療機関記入欄)
実施年月日 協力医療機関名 診療医師名
年 月 日

3. 健康診査を実施

- ・健診結果を母子健康手帳及び「津市1か月児健康診査受診票兼結果票（上記、点線部分）」に記載

4. 保護者の費用

- ・健診費用から助成金4,000円を引いた自己負担額を保護者に請求

5. 市への請求

- ・「津市1か月児健康診査に係る権限の委任書」及び「津市1か月児健康診査受診票兼結果票」と「津市1か月児健康診査実施報告書兼請求書」を健診実施月の翌月10日までに、久居保健センターへ送付

送付先 津市久居保健センター

〒514-1192 津市久居新町3006番地 ポルタひさい1階

電話番号 059-255-8864

I か月児健康診査費用助成の流れ

【委任書を使用しない場合（医療機関が費用の請求及び受領に係る事務を実施しない場合）】

1. 予約時

- ・津市Iか月児健康診査の対象であるかを確認
- ・「津市Iか月児健康診査のご案内・津市Iか月児健康診査受診票兼結果票（A5びわ色両面）※」を持参するよう伝える

2. 受診時

- ・「津市Iか月児健康診査受診票兼結果票」の太枠部分を保護者が記入
※点線枠分は医療機関にて記入してください

（A5びわ色両面）

津市 I か月児健康診査のご案内			
津市では、赤ちゃんの成長や発達・保護者の方の心配事や気になる事を確認する機会としていただくために、I か月児健康診査を実施しています。 I か月児健康診査を受けて、赤ちゃんの成長を確認しましょう。			
1. 津市内のI か月児健康診査協力医療機関にて無料で受けることができます。 ※健診項目以外の検査や治療が必要な場合は費用がかかることがあります。			
2. 令和6年1月1日以降に出生され、受診日に津市に住民票がある児が対象です。			

●市外・県外等で受診する場合●			
下記の①もしくは②の方法で助成を受けることができます。			
①下記の「津市I か月児健康診査に係る権限の委任書」を記入し、受診する医療機関窓口へ提出する。 上限4,000円の助成を受けることができます。（健診費用4,000円までは窓口負担はありません）。費用が4,000円を超える場合の差額は自己負担での支払いが必要です。			
②（①の方法で受診ができない場合）全額自己負担にて受診後、保健センター助成の申請を行う。 お振込みにて（上限4,000円）を返金します。 に必要なものは、津市ホームページでご確認ください。			

津市 I か月児健康診査受診票兼結果票			
※太枠内すべての項目をボールペンでしっかり書いてください。			
受診日	令和 年 月 日	＊妊娠37週未満の場合 修正月齢 ヵ月（ 日）	
フリガナ			
乳児氏名		月齢	満 ヵ月 日
生年月日	令和 年 月 日	性別	男・女 第（ ）子
出生体重	g	在胎週数	週 日
母体の異常	なし（ ） あり（ ）	分娩時の様式	経膈分娩・帝王切開 その他（ ）
保護者名			
電話			
住所	住民票登録地		
授乳の様子	1.よく飲む 2.むらがある 3.その他（ ）	排便	1.毎日（ ）回 2.（ ）日に（ ）回
栄養	母乳： 回/日 ミルク： 1回 回 回数 回	吐乳	1.ほとんど吐かない 2.少し吐く（1日 回） 3.多量に吐く（1日 回）
心配なこと	1. なし 2. あり 内容（ ）		

体重	g	身長	cm
頭圍	cm	栄養状態	良・要指導
発達	運動姿勢異常 無・有（ ） モロー反射 有・無（ ） 手掌把握反射 有・無（ ） 非対称性緊張性頸反射 有・無（ ）		
特記事項			
総合判定	1. 異常なし 2. 既医療 3. 要経過観察 4. 要紹介（要精密） 5. 要紹介（要治療） 内容（ ）		

上記のとおり、健康診査結果を報告します。 令和 年 月 日

委託医療機関名
担当医師名
担当助産師名

津市 I か月児健康診査に係る権限の委任書			
令和 年 月 日			
市長			
申請者氏名			
は、I か月児健康診査にかかる費用の請求及び受領について 協力医療機関を代理人と定め、その権限を委任します。			
協力医療機関（記入欄） 実施年月日 協力医療機関名 診察医師名			

3. 健康診査を実施

- ・健診結果を母子健康手帳及び「津市Iか月児健康診査受診票兼結果票（上記、点線部分）※」に記載
※「津市Iか月児健康診査受診票兼結果票」は保護者による津市への費用助成申請時に必要なため
すべて記入し、保護者に渡してください

4. 保護者の費用

- ・健診費用を保護者に請求

5. 市への請求

- ・医療機関からの請求は不要

津市 1か月児健康診査実施報告書(兼)請求書

(あて先) 津市長

住所 〒

医療機関名

氏 名

印

TEL

1 か月児健康診査費の助成金（令和 年 月分）の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

区分	助成金	件数	請求金額
1 か月児健康診査	円	人	円

支払方法	① 口座振替 ② 小切手 ③ 納付書	(金融機関)		(店舗名)	(預金区分)
		口座番号	フリガナ		
			口座 名義人		

＜請求書送付先＞

$$\overline{\tau} \ 5 \ 1 \ 4 - 1 \ 1 \ 9 \ 2$$

津市久居新町３００６番地 津市久居保健センター（ポルタひさい１階）

TEL (059) 255-8865 FAX (059) 255-1999

請求書番号	※