

四日市市告示第245号

四日市市1か月児健康診査費用補助金交付要綱を次のように定める。

令和4年4月1日

四日市市長 森 智 広

四日市市1か月児健康診査費用補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、出生後おおむね1か月を経過した乳児が医療機関等で受診する健康診査（以下「1か月児健康診査」）に要する費用の全部または一部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(補助の対象者)

第2条 補助の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、市内に住所を有する生後2か月未満の児とする。ただし、市長がやむを得ない理由があると認めるときは、この限りでない。

(補助の対象となる健康診査)

第3条 補助の対象となる健康診査は、生後2か月未満の児に対して医療機関等が実施する1か月児健康診査であって、令和4年4月1日以降に実施したものを対象とする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、1か月児健康診査に要する費用とし、3,000円を限度とする。

(県内の医療機関への補助金)

第5条 市長は、補助対象者から市長が別に定める四日市市1か月児健康診査費用補助金交付申請書兼補助券（以下「補助券」という）の提出を受けて1か月児健康診査を行った県内の医療機関等に対して補助金を交付するものとする。

2 補助金の交付を受けようとする県内の医療機関等は、四日市市1か月児健康診査費用補助金交付申請書兼請求書（第1号様式）に補助券を添えて、市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定により補助金の交付申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは補助金の額を確定し、県内の医療機関等に対し速やかに交付するものとする。

(被検査者への補助金)

第6条 市長は、補助対象者が医療機関等において、補助券を提出せずに1か月児健康診査を受け、その費用の全部を当該医療機関等に支払った者に対し、その費用の全部又は一部について補助金を交付するものとする。

2 前項の規定による補助金の対象となる者は、四日市市1か月児健康診査費用補助金交付申請書兼請求書(第2号様式)に、補助券及び1か月児健康診査費用を当該医療機関等へ支払ったことがわかる書類と1か月児健康診査を受診したことがわかる書類(母子健康手帳のコピーなど)を添えて、市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定により補助金の交付申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めたときは補助金の額を確定し、被検査者に対し速やかに交付するものとする。

(交付決定の取消し)

第7条 市長は、補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) この要綱又は補助金の交付の決定をするときに付した条件若しくは市長の指示に違反したとき。
- (2) 補助金を交付の目的以外に使用したとき。
- (3) 補助対象となる検査を実施しなかったとき。
- (4) 補助事業に関する申請、報告、施行等について不正な行為があったとき。
- (5) 前各号に定めるもののほか、補助金の交付が不適切であると市長が認めたとき。

(補助金の評価)

第8条 市長は当該補助金に関する評価を常に行い、その必要性及び効果について十分に検証するものとする。

2 市長は、前項の規定による検証の結果、必要と認めたときは、要綱の改正又は廃止その他の適切な措置を講じるものとする。

(四日市市補助金等交付規則の適用除外)

第9条 この補助金は、四日市市補助金等交付規則(昭和57年四日市市規則第11号)第2条第1号の規定により市長が指定する給付金とする。

(補足)

第10条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(有効期限)

- 2 この要綱は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。

四日市市1か月児健康診査費用補助金
交付申請書兼請求書

（ 年 月実施分）

請求 金額		百	十	万	千	百	十	円
----------	--	---	---	---	---	---	---	---

上記のとおり請求します。

（内 訳）

	補助金単価	件 数	請 求 金 額
1か月児健康診査費用	円	件	円

四日市市長

（医療機関）所在地

名 称

代表者名

（署名または記名押印）

〈 添 付 書 類 〉

- （1）四日市市1か月児健康診査費用補助金交付申請書兼補助券
（検査を実施した際に提出された補助券の原本）

第2号様式（第6条様式）

四日市市1か月児健康診査費用補助金
交付申請書兼請求書

年 月 日

四日市市長

申請者 住所
氏名
電話番号

四日市市1か月児健康診査費用補助金交付要綱第6条の規定により申請し、下記のとおり実績について報告します。

この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。

また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

(フリガナ) 申請者氏名	()	生年月日	年 月 日
(フリガナ) 赤ちゃんの名前	()	生年月日	年 月 日
健康診査を受けた医療機関等の名称			
1か月児健康診査費用として医療機関に支払った額	円	交付を受けようとする補助金申請額	円
補助金交付決定額（四日市市記入欄）		円	

1か月児健康診査に要した費用に係る補助金を下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって助成事業が承認、通知されたものと了承いたします。

口座振込先					
銀行 信用金庫 農協	支店 出張所	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	
口座番号	口座名義 (フリガナ)				
ゆうちょ銀行	店	記号	番号		
		口座名義 (フリガナ)			

※ 必ず申請者名義の口座を記入してください。（名義が異なる場合は、委任状が必要です）

〈添付書類〉

1. 四日市市1か月児健康診査費用補助金交付申請書兼補助券
2. 1か月児健康診査費用に係る領収書の原本（コピー不可）
3. 母子健康手帳の1か月児健康診査の結果が記載されているページのコピー又は、1か月児健康診査の結果がわかるの