

湖西市告示第 55 号

湖西市乳児健康診査実施要領の一部を改正する要領を次のように定める。

令和 8 年 3 月 16 日

湖西市長 田内 浩之



## 湖西市乳児健康診査実施要領の一部を改正する要領

湖西市乳児健康診査実施要領（平成 25 年湖西市告示第 144 号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

湖西市乳児健康診査実施要綱

第 1 条中「要領」を「要綱」に、「第 13 条」を「第 13 条第 1 項の規定」に改める。

第 2 条中「要領」を「要綱」に、「委託医療機関」を「協定医療機関」に改め、「本市から委任を受けた」及び「郡市医師会から委任を受けた社団法人静岡県医師会との間に平成 9 年 4 月 1 日付けで締結された乳児健康診査に係る協定書に基づき郡市医師会から推薦され」を削り、「の実施の委託を受けた医療機関」を「に係る協定を締結した病院及び診療所」に改める。

第 3 条中「本市」を「乳児健診を実施する日において本市」に改める。

第 4 条第 1 項中「乳児健診は、委託医療機関」を「市長は、乳児健診を協定医療機関」に、「おいて」を「委託して」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、里帰り出産その他特別の事情があると認められるときは、協定医療機関以外の病院及び診療所等（以下「協定外医療機関」という。）における実施を認めるものとする。

第 6 条第 1 項中「（様式第 1 号）」、「様式第 2 号。」及び「これらを」を削り、同条第 2 項中「様式第 3 号」を「様式第 1 号」に、「その状況」を「乳児健診の受診

状況」に改め、同項第1号中「市町村」を「市区町村」に、「（特別区を含む。）」において母子健康手帳の交付を受けた後、湖西市」を「から本市」に改め、同条に次の1項を加える。

- 3 健診票の交付又は再交付を受けた者は、乳児健診を受診する際に、健診票を乳児健診を実施する医療機関に提出するものとする。

第7条第2項中「医療機関等」を「協定医療機関及び協定外医療機関（次条において「協定医療機関等」という。）その他」に改める。

第8条の見出し中「委託医療機関」を「協定医療機関等」に改め、同条第1項中「委託医療機関」を「協定医療機関等」に改め、「結果を」の次に「母子健康手帳及び」を加え、同条第2項中「委託医療機関」を「協定医療機関等」に、「他の」を「当該協定医療機関等以外の」に改め、同条第3項中「委託医療機関」を「協定医療機関等」に、「図れる」を「図られる」に改める。

第9条第1項中「委託医療機関」を「協定医療機関」に、「様式第4号」を「様式第2号」に改め、同条第2項中「委託医療機関」を「協定医療機関」に改め、同条を第10条とする。

第8条の次に次の1項を加える。

（委託料）

第9条 協定医療機関に支払う委託料は、乳児健診に要した費用の額とする。ただし、その限度額は、第2条の協定により定める額とする。

本則に次の3項を加える。

（償還払）

第11条 市長は、対象者が協定外医療機関で乳児健診を受診した場合その他市長が適当と認める場合には、第9条ただし書に規定する限度額又は領収書に記載された乳児健診費用の額のいずれか低い額を受診料の支払をした者に払い戻すものとする。

- 2 前項の規定による払戻しは、乳児健診費払戻申請書兼請求書（様式第3号）に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添えて、市長に申請するものとする。

- (1) 乳児健診の費用の支払に係る領収書及び明細書の写し
- (2) 母子健康手帳の乳児健診を受診したことが分かる部分の写し
- (3) 乳児健診の結果が記載された健診票

- 3 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、当該申請に

係る払戻しの可否について乳児健診費支給（不支給）決定通知書（様式第4号）により、申請した者に通知するものとする。

- 4 市長は、前項に規定する場合において、同項の払戻しが適当と認めるときには、速やかに当該払戻しをするものとする。

（委託料又は払戻金の返還）

第12条 市長は、偽りその他不正な手段により委託料又は前条第1項の規定による払戻しを受けた者に対し、既に支払った委託料又は当該払戻しを受けた受診料の全部又は一部を返還させることができる。

（補則）

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

様式第1号から様式第4号までを次のように改める。

#### 附 則

- 1 この要領は、令和8年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、この要領による改正前の様式用の紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

## 乳児健康診査票交付（再交付）申請書

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者（保護者）住 所

氏 名

TEL

以下のとおり、（ 4か月児 ・ 10か月児 ）健康診査票を  
（ 交付 ・ 再交付 ）してください。

交付又は再交付の理由	1 転 入	2 紛 失	3 毀 損
所持する母子健康手帳	交付市区町村名		
	交 付 年 月 日	年	月 日
備 考			

- （注）
1. 交付又は再交付の理由の該当箇所を○で囲んでください。
  2. 毀損の場合は、その健診票を添付してください。
  3. 紛失した健診票を発見したときは、必ず返納してください。

様式第2号（第10条関係）

# 請 求 書

金 円也

ただし、乳児健診費として上記の金額を請求します。

（内 訳）

区 分	件 数	単 価	金 額
4 か月児健診	件	円	円
10 か月児健診	件	円	円
合 計	件	円	円

年 月 日

（宛先）湖西市長

医療機関所在地

名 称

代表者名

振込先 金融機関	金融機関名		口座種別	普通・当座・別段
	支 店 名		口座番号	
（フリガナ）				
口座名義				

様式第3号 (第11条関係)

乳児健診費払戻申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者 氏 名

住 所 〒

TEL

受診者との続柄

関係書類を添えて、次のとおり乳児健診費用の払戻しを申請します。払戻金は、次の口座に振り込んでください。

また、湖西市がこの申請に必要な情報について、医療機関等に照会することに同意します。

受診者	ふりがな	生年 月日	
	氏 名		

健康診査の 種類	受診年月日	自己負担額 (医療保険外)	払戻限度額	払戻金支給額
4 か月児 健診		円	円	円
10 か月児 健診		円	円	円

支給額合計	円
-------	---

振込先 \*振込先の口座名義人と、申請者の名前は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行・金庫 農協		本店・営業部 支店・出張所		金融機関コード			店番コード		
	1 普通 2 当座	口座番号								(右詰記入)
フリガナ 口座 名義人*										

添付書類

- 1 乳児健診受診時の領収書及び明細書の写し
- 2 母子健康手帳の写し (乳児健診の受診状況がわかる部分)
- 3 健診結果が記載された健診票

