

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成事業実施要綱

令和 8 年 9 月 7 日
8 川こ児第 3 6 0 1 号
市 長 決 裁

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、川崎市乳幼児健康診査実施要綱に基づき、区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）（以下「地域みまもり支援センター」という。）で実施する乳幼児健康診査の受診が困難な児に対し、医療機関等において乳幼児健診と同等水準の健診を受けるのに必要な費用を助成するために必要な事項を定めるものとする。

(対象となる健康診査)

第 2 条 助成の対象となる健康診査は、川崎市乳幼児健康診査実施要綱別表 1 に定めるもののうち、次の各号のいずれかに該当する健康診査とする。

- (1) 1 歳 6 か月児健康診査
- (2) 3 歳児健康診査

(健康診査の実施)

第 3 条 健康診査の実施に当たっては、川崎市乳幼児健康診査実施要綱第 6 条で規定する問診及び診査項目の実施が可能な医療機関等で行うものとする。

(対象児)

第 4 条 助成の対象児は、前条に定める健康診査を受診した日において本市に住所を有する児であって、地域みまもり支援センターで実施する当該健康診査の受診が困難な児であると市長が認めたものとする。

(助成費用の範囲)

第 5 条 本事業における費用の助成は、第 2 条に規定する健康診査に要した費用に対し、3 0, 0 0 0 円を上限に助成するものとする。ただし、当該健康診査に要した費用がこれに満たないときは、その額とする。なお、健康診査以外のものは対象とならない。

(助成の申請)

第 6 条 助成を受けようとする対象児の保護者は、川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成申請書（第 1 号様式）に、市長が必要と認める書類を添付して申請するものとする。

(助成の決定)

第7条 市長は前条の規定による申請を受けた場合は、その内容を審査し、助成の可否を決定して、川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成承認通知書（第2号様式）又は川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成不承認通知書（第3号様式）により通知するものとする。

（助成金の交付申請）

第8条 前条の規定による助成の承認を受けた対象児の保護者は、原則として、第2条に規定する健康診査を最後に受診した日から起算して1年以内に申請をすることができるものとする。

2 前項の申請においては、川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成金交付申請書（第4号様式）に、次に掲げる書類を添付して申請するものとする。

- （1）医療機関等により結果が記載された第2条に規定する健康診査の問診票及び診査票の保護者控えの写し
- （2）第2条に規定する健康診査を実施した医療機関等が発行した対象児又は保護者氏名及び当該健康診査の費用が記載されている領収書の写し
- （3）第2条に規定する健康診査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し
- （4）振込先となる金融機関の口座番号等が確認できる書類
- （5）その他市長が必要と認める書類

3 第1項の規定による申請は、市長が別に定める方法により川崎市簡易版電子申請サービスを利用して行うことができる。

（助成金の交付決定）

第9条 市長は前条の規定による申請を受けた場合は、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定して、川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成金交付決定通知書（第5号様式）又は川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成金不承認決定通知書（第6号様式）により通知するものとする。

2 市長は、助成金の交付を決定する場合において必要があると認めるときは、当該決定に関し必要な事項について申請者に報告を求め、又は対象児が受診した医療機関等に照会するものとする。

（助成の方法）

第10条 市長は前条の規定による交付決定を受けた者に対し、その者が指定する口座へ助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第11条 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた者があるときは、

市長は、その者に対して交付を受けた助成金の全部または一部の返還を命ずることができる。

(秘密の保持)

第 12 条 本事業の関係者は、秘密保持に最大の配慮を払うとともに、本事業により、知り得た秘密を本事業の目的以外に利用しないものとする。

(委任)

第 13 条 本要綱に規定するもののほか、助成事業の実施に関して必要な事項はこども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和 8 年 9 月 7 日から施行し、令和 8 年 1 0 月 1 日以降に受診した乳幼児健康診査について適用する。

第 1 号様式

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申請者 住 所
連絡先
氏 名

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて乳幼児健康診査費用の助成を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

- 1 受診対象者 住 所
氏 名
生年月日
- 2 助成の対象となる健診の種類
- 3 集団健診の受診が困難な理由

第 2 号様式

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成承認通知書

年 月 日付けで申請がありました川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成について、次のとおり承認しましたので通知します。

- 1 受診対象者 住 所
氏 名
生年月日
- 2 助成の対象となる健診の種類

第 3 号様式

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成不承認通知書

年 月 日付けで申請がありました川崎市特別な配慮が必要な児に
対する乳幼児健康診査費用助成について、次のとおり不承認としましたので通
知します。

不承認理由	
-------	--

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成金交付申請書

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて乳幼児健康診査費用の助成金の交付を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関に照会することに同意します。

1. 申請者 ※1～4の太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)							
フリガナ 申請者氏名				生年月日	年 月 日		
申請者の現住所 連絡先	〒 ー			電話 ー ー			
引越し先の住所 (該当の方のみ)	〒 ー			引越し(予定)日 年 月 日			

2. 振込先

金融機関名				金融機関コード				
支店名				支店コード				
預金種別	普通 当座	番号						
※申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。 ----- 記 ----- 私は、次の者に乳幼児健康診査事業費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者(口座名義人) 氏 名 ⑩ 氏 名 ⑩								

3. 受診・支払状況

フリガナ 健診を受けた子の 氏名			健診を受けた子の 生年月日	年 月 日
健診費用	内科		健診を受けた日	年 月 日
	歯科			
健診実施医療機関				

4. 申請に必要な書類

医療機関等により1歳6か月児又は3歳児健康診査の結果が記載された「問診票・診査票【保護者控え】」の写し	確認欄 ☐
1歳6か月児又は3歳児健康診査費用が記載された領収書の写し	確認欄 ☐
母子健康手帳「1歳6か月児健康診査」、又は「3歳児健康診査」のページの写し	確認欄 ☐
振込先の口座番号の分かるものの写し(預金通帳、キャッシュカード等)	確認欄 ☐

(注意)
※ 御提出いただいた個人情報は、乳幼児健康診査事業以外の目的で利用することはありません。
※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全額又は一部を返還していただきます。

第 5 号様式

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用の助成について、次のとおり決定し、振り込む手続きをいたしましたので、通知します。

1 受診対象者 住 所
氏 名
生年月日

2 健診の種類

3 交付申請額
_____円

4 交付決定額
_____円

第 6 号様式

川 第 号
年 月 日

様

川崎市長

川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請がありました川崎市特別な配慮が必要な児に対する乳幼児健康診査費用助成について、次のとおり不承認とすることに決定しましたので通知します。

- 1 受診者氏名
- 2 不承認の理由