

男鹿市告示第31号

男鹿市1か月児健康診査費助成金交付要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年3月19日

男鹿市長 菅原 広二

男鹿市1か月児健康診査費助成金交付要綱の一部を改正する告示  
男鹿市1か月児健康診査費助成金交付要綱（令和6年男鹿市告示第44号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(助成対象者)</p> <p>第2条 助成金の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。</p> <p>(1) <u>令和7年4月1日以降に1か月児健診を受診した</u>乳児を養育する者</p> <p>(2)及び(3) (略)</p> <p>(助成金の額)</p> <p>第4条 助成金の額は、1か月児健診に要した費用のうち自己負担分とし、乳児一人につき<u>6,000円</u>を上限とし、保険診療分を除く。</p> <p>2 (略)</p>	<p>(助成対象者)</p> <p>第2条 助成金の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。</p> <p>(1) <u>令和6年4月1日以降に生まれた</u>乳児を養育する者</p> <p>(2)及び(3) (略)</p> <p>(助成金の額)</p> <p>第4条 助成金の額は、1か月児健診に要した費用のうち自己負担分とし、乳児一人につき<u>4,000円</u>を上限とし、保険診療分を除く。</p> <p>2 (略)</p>

改正後

様式第1号 (第5条関係)

様式第1号 (第5条関係)

**男鹿市 1 か月児健康診査費助成金 申請書兼請求書**

(宛名) 男 鹿 市 長

1.申請者 申請日 年 月 日

フリガナ氏名	生年月日	日中連絡のつく連絡先
-----	年 月 日	電話 ( )
現 住 所		

2.対象児

	フリガナ氏名	生年月日	続柄	住所(別居の場合のみ記入)
1	-----	年 月 日		
2	-----	年 月 日		

3.誓約・同意事項 各項目を確認の上、□に✓を記入し申請してください。

(1) 健診実施日と申請日において、申請者・対象児は共に男鹿市(以下「市」という。)に住所があります。

(2) 1か月児健診の受診について、他の自治体から助成を受けていません。

(3) 本助成金の支給要件の該当性等を審査等するため、市が必要な公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関・医療機関等に求めることに同意します。

(4) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

(5) 申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が別に定めた申請期限日までに市が申請者に連絡・確認できない場合、本助成金が支給されないことに同意します。

(6) 本助成金の支給後、支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。

【裏面もご確認・ご記入ください】

改正前

様式第1号 (第5条関係)

様式第1号 (第5条関係)

**男鹿市 1 か月児健康診査費助成金 申請書兼請求書**

(宛名) 男 鹿 市 長

1.申請者 申請日 年 月 日

フリガナ氏名	生年月日	日中連絡のつく連絡先
-----	年 月 日	電話 ( )
現 住 所		

2.対象児

	フリガナ氏名	生年月日	続柄	住所(別居の場合のみ記入)
1	-----	年 月 日		
2	-----	年 月 日		

3.誓約・同意事項 各項目を確認の上、□に✓を記入し申請してください。

(1) 健診実施日と申請日において、申請者・対象児は共に男鹿市(以下「市」という。)に住所があります。

(2) 1か月児健診の受診について、他の自治体から助成を受けていません。

(3) 本助成金の支給要件の該当性等を審査等するため、市が必要な公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関・医療機関等に求めることに同意します。

(4) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

(5) 申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が別に定めた申請期限日までに市が申請者に連絡・確認できない場合、本助成金が支給されないことに同意します。

(6) 本助成金の支給後、支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。

【裏面もご確認・ご記入ください】

改正後

**4. 振込先** (「1.申請者」名義に限る)

金融機関名	支店名	分類
1.銀行 3.組合 2.金庫 4.農協	本・支店 本・支所 出張所	普通 当座
口座番号	口座名義(カタカナ)	

**5. 請求額**

円  
(助成限度額6,000円。保険診療分は対象外です。)

**振込先金融機関口座確認書類  
写し添付箇所**

※振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる  
通帳やキャッシュカードのコピーを付けてください。

(市が記入)

交付決定額		市 受 付 印
交付決定日		

改正前

**4. 振込先** (「1.申請者」名義に限る)

金融機関名	支店名	分類
1.銀行 3.組合 2.金庫 4.農協	本・支店 本・支所 出張所	普通 当座
口座番号	口座名義(カタカナ)	

**5. 請求額**

円  
(助成限度額4,000円。保険診療分は対象外です。)

**振込先金融機関口座確認書類  
写し添付箇所**

※振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる  
通帳やキャッシュカードのコピーを付けてください。

(市が記入)

交付決定額		市 受 付 印
交付決定日		

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分及び太枠で示した部分である。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示による改正後の男鹿市1か月児健康診査費助成金交付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後の申請について適用し、同日前の申請については、なお従前の例による。