

兵庫県外で健診・検査を受けられる神戸市民の皆様へ



こどもっと  
KOBE

## 里帰り助成金のご案内

～神戸市 1 か月児健康診査～



こどもっと  
KOBE

令和6年10月1日受診分より、県外医療機関で受診された 1 か月児健康診査 (以下、1 か月児健診) について、一旦費用を立て替え払いしていただき、後日申請いただくことで公費助成の範囲内でお支払い (償還払い) を開始いたします。

### 1. 県外医療機関での受診方法

下記の2点を医療機関にご持参ください。

- ①母子健康手帳
- ②神戸市 1 か月児健康診査受診券

### 2. ご注意

- ・兵庫県の医療機関を受診する場合は償還払いの制度はありません。
- ・助成金の支給には対象要件や審査があります。支給額は決定通知をご確認ください。
- ・助成の上限額は 4,000 円 です。
- ・申請期限は妊婦健診・産婦健診・聴覚検査と同様に、分娩または妊娠終了の日から8か月以内です。

### 3. 支給対象要件

- 受診日当日に保護者および児が神戸市に住民登録があること。
- 令和6年10月1日以降に、生後28日から6週未満の間に受診した健診であること。
- 生まれたこども1名につき1回のみ申請できます。双子や三つ子など多胎妊娠の方は、申請書右上のバーコードシールも、それぞれのお子様につき1部ずつ必要です。
  - ※申請書は1枚で結構です。お子様の氏名を併記し、申請額はお子様の合計額を記入してください。
  - ※妊婦健診・産婦健診・聴覚検査と合わせて1枚の申請書で申請ができます。
- 兵庫県外 (国内) の小児科、産婦人科 (または産科・婦人科) を標榜する、医療機関及び助産所で受けた診察であること。
  - ※1 か月児健診は、医師の診察が必要になります。
- 健康保険が適用された診察は対象外です。

## 4. 申請に必要な書類等（妊婦健診・産婦健診・聴覚検査と併用できます）

### 1. 申請書（本紙p.5～6）

○神戸市ホームページからも Excel 形式の申請書をダウンロードできます。

○1枚の申請書で妊婦健診、産婦健診、聴覚検査、1か月児健診の申請ができます。

1か月児健診のみを申請する場合

申請者は保護者でも可。その場合、申請者名＝口座名義人であることを確認してください。

（参考）

★妊婦健診の助成金を申請する場合：申請者名＝口座名義人＝妊婦（産婦）本人

★産婦健診の助成金のみを申請する場合：申請者名＝口座名義人＝産婦本人

★聴覚検査の助成金のみを申請する場合：申請者は保護者でも可。その場合、申請者名＝口座名義人

### 2. 受診券（原本）

○冊子から切り離れた受診券を、同日の領収書・明細書とホッチキス留めをしてください。

○本人記入欄：必要事項を記入の上、受診券1枚にバーコードシールを貼付してください。

○医療機関記入欄：受診券に【医療機関記入欄】への記入が必要です。

受診した医療機関へ【医療機関記入欄】の記入を依頼してください。

### 3. 医療機関の領収書および明細書のコピー

○原本を提出していただいた場合も、返却できませんのでご注意ください。

### 4. 申請者の口座確認書類のコピー

○通帳：見開きページなど、金融機関名・支店名・口座の種別・口座番号・口座名義が確認できる部分をコピーしてください。

○ネットバンク：口座情報が確認できる、開設時のインターネットの画面等。

○キャッシュカード：金融機関名・支店名・口座の種別・口座番号・口座名義が確認できる面。

## 5. 申請書提出先（妊婦健診・産婦健診・聴覚検査と併用できます） .....

〒650-8526

神戸市中央区伊藤町111 神戸商工中金ビル4F

神戸市行政事務センター

里帰り助成金係 あて

※申請書の送付時に切り取ってご使用いただけます。

【問い合わせ先】神戸市総合コールセンター

電話番号 0570-083330/078-333-3330

受付時間 8:00～21:00（年中無休）

# 県外里帰り用受診券

## 神戸市1か月児健康診査問診票

上限4,000円まで助成を受けられます

利用時期：生後28日～生後6週未満

### 【保護者記入欄】

受診日現在の住民票 神戸市 \_\_\_\_\_ 区 ※受診日に神戸市に住民票がない場合は、本券を使用できません

児の氏名 ( ) 令和 年 月 日生 ( 男・女 )

- ・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に所属する医療機関にあっては神戸市医師会）に委任します。また、この健診等の結果を神戸市へ送付されることに同意します。
- ・不正があった場合、全額返還します。

氏名 \_\_\_\_\_

問診票記入者 ( 母 ・ 父 ・ その他 ( ) )

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

出生時の状態	在胎週数 ( ) 週	出生時体重 ( ) g	
1 お乳をよく飲みますか。	(はい・いいえ)	2 元気な声で泣きますか。	(はい・いいえ)
3 大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。			(はい・いいえ)
4 お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。			(いいえ・はい)
5 からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。			(いいえ・はい)
6 うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便（便色カード1番から3番）が続いていますか。			(いいえ・はい)
7 あなたの顔をじっとみつめることがありますか。			(はい・いいえ)
8 裸にすると手足をよく動かしますか。			(はい・いいえ)
9 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。			(なし・あり(1日__本))
10 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか。			(なし・あり(1日__本))
11 窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。			(はい・いいえ)
12 ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。			(はい・いいえ)
13 あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。			(はい・いいえ・何ともいえない)
14 赤ちゃんをいとおしいと感じますか。			(はい・いいえ・何ともいえない)
15 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。			(いいえ・はい・何ともいえない)
16 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。			(はい・いいえ)
17 (きょうだいがいらっしゃる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか。			(いいえ・はい)
18 お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。			(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)
19 お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなりましたことがありますか。			(いいえ・はい)
20 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。			(大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)
21 気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。			(いいえ・はい)
22 物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。			(いいえ・はい)
23 あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。			(いいえ・はい)
24 あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。			(はい・いいえ)
25 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。			(はい・いいえ)

何か相談したいことや心配なことがありましたら、何でもご記載ください。

<1か月児健診券>

# 県外里帰り用受診券

## 神戸市1か月児健康診査 健診票兼請求依頼書

上限4,000円まで助成を受けられます

利用時期：生後28日～生後6週未満

### 【医療機関記入欄】

受診日 令和 年 月 日

身体測定 (生後 ( ) 日)			
体重	身長	頭囲	栄養法
g (増加量 g/日)	cm	cm	母乳・混合・人工乳

診 察 所 見	1 身体的発育異常 <input type="checkbox"/> あり ( )	9 腹部・腰背部
	2 外表奇形 <input type="checkbox"/> あり ( )	ア 臍：肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘤
	3 姿勢の異常 <input type="checkbox"/> あり ( )	ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
	4 皮膚 ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他	10 四肢 ア 四肢の運動制限 イ 内反足
	5 頭部 ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常	11 神経学的異常 ア モロー反射 イ 筋トーンス
	6 顔 ア 特異的顔貌 イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 ウ 口：口唇裂・口蓋裂 エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	12 発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上) ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 オ 女兒 エ 骨盤位分娩
	7 頸部 ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘤	13 その他の異常
	8 胸部 ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈	
判 定	1 異常なし 2 既医療	14 新生児聴覚検査 正常・精査中(右・左)・未
	3 要経過観察 (内容) 4 要紹介(要精密・要治療)	15 先天性代謝異常等検査の結果説明 済・未
		16 便色カード 1・2・3・4・5・6・7
		17 ビタミンK <sub>2</sub> の投与 できている・できていない
		紹介先 診査医名

当てはまる項目にチェックしてください。

健 康 相 談	育児環境等 <input type="checkbox"/> 母の心身状態 <input type="checkbox"/> その他	心配事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導
	指導内容・特記事項		
	子育て支援の必要性の判定 <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 保健師による支援が必要 <input type="checkbox"/> その他の支援が必要 ( )		

医療機関 〒 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_

- \* 児1人あたり1回のみ使用できます。神戸市から転出された場合は使用できません。
- \* 診査費用のうち4,000円まで助成します。限度額を超過した場合は、自己負担となります。
- \* 費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効



(転出後使用不可)

## <1か月児健診券>

(様式第1号)

神戸市長 へ

神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査  
1か月児健康診査 里帰り助成金支給申請書

バーコードシール  
を貼付してください

審査にあたり必要があるときは、神戸市が住民基本台帳を閲覧すること及び  
受診・受検医療機関に支払い内容等を確認することに同意します。  
審査内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。

申請日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 年 月 日 歳 )
	現住所	〒 -	電話番号	- -
1 か 聴 覚 検 査 受 診 児	フリガナ		生年月日	令和 年 月 日
	受検児 (受診児) 氏名			
申請金額		金 円 . . . ①+②+③+④		
金額内訳 (※)	①妊婦健診	②産婦健診	③新生児聴覚検査	④1か月児健診
	円	円	円	円

※：裏面の計算シートより転記してください。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協 ( )		本店・支店 出張所			
	口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						

転居や里帰り出産等で決定通知書の送付を上記以外の住所に希望される場合下記にご記入ください

〒 - ( ) 様方
里帰り予定期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃

* 神戸市記入欄	受理日	決定日	支給決定額
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	円

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

受診日(※1)	基本健診	血液①	血液②	血液③	超音波①	超音波②	a:領収金額	b:受診券金額 (各受診券右上の上限金額)	c:abどちらか小さい金額
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
受診券(医療機関記入済み) 基本健診券 _____ 枚 ・ 血液①券 _____ 枚 ・ 血液②券 _____ 枚 血液③券 _____ 枚 ・ 超音波①券 _____ 枚 ・ 超音波②券 _____ 枚  <b>d:受診券(助成上限額合計)金額</b> _____ 円									申請金額…① (※2) _____ 円

※1 同日に受診券を複数枚使用したり、領収書が複数枚発行された場合でも、受診日ごとに金額を合算し1行にまとめてご記入ください。

※2 申請金額はc欄の合計です。dよりも高くなることはありません。

分娩または妊娠終了の日	令和 年 月 日
-------------	----------

②産婦健康診査(受診したものに☑してください)

		産婦健診実施日	金額(上限額5,000円)
<input type="checkbox"/>	産後2週間用 上限5,000円	令和 年 月 日	円
<input type="checkbox"/>	産後1か月用 上限5,000円	令和 年 月 日	円
合計申請金額…②			円

③新生児聴覚検査(いずれかに☑してください)

		新生児聴覚検査実施日 ※確認検査も行った場合は、その日付	金額(上限額:自動ABR 5,000円、OAE 3,000円)
<input type="checkbox"/>	自動ABR 上限5,000円	令和 年 月 日	円
<input type="checkbox"/>	OAE 上限3,000円	令和 年 月 日	円
申請金額…③(上記いずれかの金額)			円

④1か月児健診

		1か月児健診実施日	金額(上限額:4,000円)
<input type="checkbox"/>	上限4,000円	令和 年 月 日	円
申請金額…④			円

...①

...②

...③

...④