

世田谷区産婦健康診査・1か月児健康診査 費用助成制度のご案内 ※窓口受付不可

世田谷区では、産婦健康診査と1か月児健康診査を、受診票を使用することができない医療機関等で受診した場合に各健診に要した費用の一部を助成します。

※産婦健康診査は、令和8年10月1日以降に受診した方が助成の対象です。

※産婦健康診査と1か月児健康診査は助成対象機関が異なります。詳しくは各健診の「助成対象者」欄をご確認ください。

1. 産婦健康診査費用助成

(1) 助成対象者

- 産婦健康診査の受診日に世田谷区に住民登録がある方で、以下の①と②全てに該当する方
 - ①令和8年10月1日以降に産婦健康診査を受診した方
 - ②産婦健康診査受診票を使用することができない医療機関や助産所で受診した方
(都外や国外の医療機関等も対象)
- ※産婦健康診査は、原則、出産後2か月以内に受診してください。

(2) 申請期限

- 出産した日から1年以内(お子さんが1歳の誕生日を迎える前日まで)【必着】
- ※できる限り、受診分を一括してご申請ください。

(3) 助成の対象

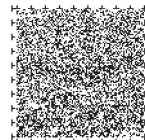
- 産婦健康診査の受診票に記載されている診査項目
 - 実際に受診した回数分の助成
- ※2回を超えての助成はできません。

(4) 助成対象外のもの

- 令和8年9月30日以前に受診した産婦健康診査にかかる費用
- 受診票を使用せずに、都内の産婦健康診査委託医療機関や助産所で受診した費用
- 保険が適用された費用

(5) 助成上限額

- 1回あたり5,000円(令和8年度助成上限額)
- ※上限額は受診する年度によって変更が生じる場合があります。
※助成は最大2回までです。



2. 1 か月児健康診査費用助成

(1) 助成対象者

- 1 か月児健康診査の受診日に世田谷区に住民登録がある乳児で、以下の①と②全てに該当する方
 - ①生後 28 日から生後 41 日に 1 か月児健康診査を受診した乳児（誕生日を 0 日目とする）
 - ②1 か月児健康診査受診票を使用することができない医療機関で受診した乳児（都外や国外の医療機関も対象）
- ※助産所は 1 か月児健康診査費用助成の対象外です。
※費用助成の申請は、対象乳児の保護者が行ってください。

(2) 申請期限

- 対象者が 1 歳の誕生日を迎える前日まで【必着】

(3) 助成の対象

- 1 か月児健康診査の受診票に記載されている診査項目

(4) 助成対象外のもの

- 受診票を使用せずに、都内の 1 か月児健康診査委託医療機関で受診した場合
- 保険が適用された費用
- 自宅服用分のビタミン K2 シロップ

(5) 助成上限額

- 6, 000 円（令和 8 年度助成上限額）
※上限額は受診する年度によって変更が生じる場合があります。

3. 共通事項

(1) 確定申告をする場合

- 確定申告をする場合は、上記の費用助成金額を除いた金額で申告する必要があります。
費用助成金を申請し、金額が確定した後に確定申告を行ってください。
- 助成金申請から支払いまでは、おおよそ 2～3 か月かかります。
- **やむを得ず費用助成を申請する前に確定申告をする場合は・・・**
領収書の金額から費用助成金額（見込み額）を控除した上で申告し、費用助成の申請後、確定した助成金額が見込み額と異なる場合には税務署にて修正申告をしてください。

(2) 手続きに必要な書類 (書類に不備がないようご注意ください)

	産婦健康診査費用助成	1か月児健康診査費用助成
申請書兼 <input type="checkbox"/> 座振替依頼書 ※様式は区ホームページからもダウンロードできます。	世田谷区産婦健康診査費用助成金申請書兼 <input type="checkbox"/> 座振替依頼書(紫色) ・記入例(ご案内の最後のページ)をご参照ください。 ・鉛筆・修正液・消えるインクは使用しないでください。 ・訂正する場合は二重線をお願いします。	世田谷区1か月児健康診査費用助成金申請書兼 <input type="checkbox"/> 座振替依頼書(水色) ・記入例(ご案内の最後のページ)をご参照ください。 ・鉛筆・修正液・消えるインクは使用しないでください。 ・訂正する場合は二重線をお願いします。
受診票		令和8年9月30日以前に受診する場合、 受診票の提出は不要です。
母子健康手帳 (親子健康手帳)の 該当ページのコピー	世田谷区のホームページを参照ください。 	「1か月児健康診査」欄のコピー ・縮小不可 ・該当ページは母子健康手帳の目次よりご確認ください。
<small>原本不可。必ずコピーを提出してください。</small> 医療機関発行の 領収書のコピー ※白黒片面印刷		都外医療機関が発行した健診の費用が含まれる 領収書のコピー ・返却しません。 ・宛名・受診日・金額・領収印が写るようにコピーしてください。(縮小不可)
医療機関発行の 診療費明細書の コピー		上記領収書と一緒に発行された明細書の コピー ・返却しません。

※国外の医療機関で受診した場合、申請者があらかじめ当該領収書のすべての記載内容を日本語に翻訳した資料を同封の上、申請してください。助成金額は申請書を受け付けた時点の為替レートで換算します。

(3) 郵送先・問い合わせ先

〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1 城山分庁舎
 世田谷保健所健康推進課 産婦健康診査・1か月児健康診査担当
 TEL 03-5432-2446 FAX 03-5432-3102

※申請の受付方法は、**郵送のみ**となります。※窓口での受付はしていません。

※助成金申請から支払いまでは、おおよそ2~3か月かかります。

※審査結果については、決定通知書を送付します。

※書類に不備がある場合は、電話にてご連絡させていただきます。不足書類を送付していただくなど、審査に時間がかかった場合は、支払いが遅れる場合がありますので、ご了承ください。

下記を切り取り、封筒に貼ってご使用ください。

切り取り線

〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1 城山分庁舎

世田谷保健所健康推進課 産婦健康診査・1か月児健康診査担当 行

記入例

世田谷区産婦健康診査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 あて

鉛筆、消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用しないでください。

世田谷区産婦健康診査費用助成金(以下「助成金」という。)について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。


フリガナ 申請者 (訂正不可)	世田谷 花子	申請日	令和8年 12月 9日
フリガナ 申請者 (訂正不可)	世田谷 花子	生年月日	平成4年 10月 10日
フリガナ 現住所	〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1	※転出された方は世田谷区での住所を記入	
フリガナ 転出先	〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1	※世田谷区より転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入	
フリガナ 決定通知書 送付先住所	〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1	※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入	
フリガナ 電話番号	091-日中、連絡がとれる電話番号を記入してください。	091-日中、連絡がとれる電話番号を記入してください。	
フリガナ 母子健康手帳 交付日	令和8年 4月 1日	出産年月日	令和8年 11月 8日

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関 名及び支 店名	等々力		世田谷		預金種別		普通	
	1	2	3	4	1	2	3	4
コード	1	2	3	4	1	2	3	4
フリガナ ※必ず記入	セタガヤ ハナコ		セタガヤ ハナコ		口座番号		1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	世田谷 花子		世田谷 花子		口座名義人の住所		申請者と同居所・別住所 []	

請求に必要な書類

世田谷区のホームページにて請求に必要な書類をご確認の上、ご申請ください。



【区処理欄】

区処理欄	区処理欄
------	------

区の記入欄です

記入例

世田谷区1か月児健康診査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 あて

鉛筆、消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用しないでください。

世田谷区1か月児健康診査費用助成金(以下「助成金」という。)について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関へ確認することに同意します。

フリガナ 申請者 (訂正不可)	世田谷 花子	申請日	令和8年 12月 9日
フリガナ 申請者 (訂正不可)	世田谷 花子	生年月日	平成4年 10月 10日
フリガナ 現住所	〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1	※転出された方は世田谷区での住所を記入	
フリガナ 転出先	〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1	※世田谷区より転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入	
フリガナ 決定通知書 送付先住所	〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1	※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入 ※世田谷区以外に転出している場合のみ記入	
フリガナ 電話番号	03-日中、連絡がとれる電話番号を記入してください。	03-日中、連絡がとれる電話番号を記入してください。	
フリガナ 母子健康手帳 交付日	令和8年 11月 8日	出産年月日	令和8年 11月 8日

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関 名及び支 店名	等々力		世田谷		預金種別		普通	
	1	2	3	4	1	2	3	4
コード	1	2	3	4	1	2	3	4
フリガナ ※必ず記入	セタガヤ ハナコ		セタガヤ ハナコ		口座番号		1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	世田谷 花子		世田谷 花子		口座名義人の住所		申請者と同居所・別住所 []	

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

<input checked="" type="checkbox"/>	受診票	1か月児健康診査 ※受診票を使用せずに受診したことを確認するために、必ず提出してください。 ※本人記入欄に記載してあっても構いません。3枚綴りのままご提出ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	母子健康手帳(親子健康手帳)	「1か月児健康診査」欄のコピー
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関発行の領収書のコピー(原本不可、返却しません)	医療機関発行の領収書のコピー(原本不可、返却しません)
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関発行の診療費明細書のコピー(原本不可、返却しません)	医療機関発行の診療費明細書のコピー(原本不可、返却しません)

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

区処理欄	区処理欄
------	------

区の記入欄です