

大口町がん検診推進事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、特定の年齢の者に対してがん検診の受診促進を図ることにより、がんの早期発見と正しい健康意識の普及及び啓発を行い、町民の健康保持及び増進に寄与することを目的として実施するがん検診推進事業（以下「本事業」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

(事業内容)

第2条 本事業は、健康増進法（平成14年法律第103号）の規定により大口町（以下「町」という。）が実施するがん検診について、がん検診無料クーポン券（様式第1。以下「クーポン券」という。）を交付することにより受診するために必要な費用を助成する。

(がん検診の内容及び助成額)

第3条 がん検診の内容は、大口町がん検診等一部負担金徴収要綱（平成17年大口町告示第22号）別表に定めるがん検診の内容とする。

2 助成額は、前項のがん検診に係る一部負担金の全額とする。

(助成対象)

第4条 助成の対象とする者（以下「助成対象者」という。）は、事業実施年度において満41歳、46歳、51歳、56歳、61歳に達する者とし、かつ、検診受診日において町内に住所を有している者とする。ただし、子宮頸がん検診については、満21歳に達する者も対象とする。

(助成の方法)

第5条 町は、前条の年齢の者で、かつ、当該年度の4月20日現在において町内に住所を有している者に対し、クーポン券を交付する。

2 前項のクーポン券の交付を受けた者は、がん検診を受診したときは、次に掲げるところによりクーポン券を使用するものとする。ただし、検診受診日において町内に住所を有していない者は、クーポン券を使用することができない。

(1) 町が実施する集団検診の方法で実施するがん検診を受診する場合は、受診前

に受診会場でクーポン券を提出する。

(2) 町が委託する検診機関（以下「受託検診機関」という。）で実施するがん検診を受診する場合は、受診しようとする受託検診機関でクーポン券を提出する。

（償還払いによる助成）

第6条 前条の規定にかかわらず、助成対象者がクーポン券を使用せずにかん検診を受診（当該事業年度内の受診に限る。）した場合には、助成対象者又はその者の属する世帯員の申請により費用を助成する。この場合において、費用の助成は償還払いにより行うものとする。

（償還払いの申請）

第7条 前条の償還払いによる助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、原則として、受診後速やかにがん検診助成申請書兼請求書（様式第2。以下「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添付して、町長に申請しなければならない。ただし、第2号の書類については、申請者の同意を得て町で確認することができる場合は、これを省略することができる。

- (1) 当該がん検診に係る領収書又は検診票
- (2) 受診日における住所地を証明する書類
- (3) 未使用のクーポン券（当該がん検診に係る未使用のものがある場合）

（助成の決定等）

第8条 町長は、前条の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、適正と認めるときは、申請書を受け取り、申請者に対し口座振替の方法により助成金を支払うものとする。

（その他必要事項）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

附 則（平成26年5月30日 大口町告示第60号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

様式第2（第7条関係）

がん検診助成申請書兼請求書

大口町長 様

住所.....

申請者 氏名..... ㊟

電話.....

助成対象者との続柄.....

次のとおり検診費用を支給してください。

- 申請内容について、町が保有する個人情報を照会、閲覧及び調査すること並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

検診を受けた人	氏名			
	生年月日			
検診機関名				
検診及び支払内容	検診種別	受診年月日	自己負担額	申請額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計額			円	円

支払先

金融機関名	口座種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 普通 支店 当座		

※受診したがん検診に係る領収書又は、検診票を添付してください。

様式第1 (第2条関係)

(表面)

<p>がん検診 無料クーポン券 有効期限 年 月 日～ 年 月 日</p>	<p>がん検診 無料クーポン券 有効期限 年 月 日～ 年 月 日</p>
<p>住所 氏名 様</p>	<p>住所 氏名 様</p>
<p>大口町長 印</p>	

(裏面)

<p>検診機関控</p>	<p>【検診機関の方へ】 ◎受診日の翌月 10 日(土日祝日の場合は前日)までに町へ本券を 検診関係の書類と一緒に提出してください。</p>
	<p>【問合せ先】 大口町健康生きがい課 (保健センター) TEL:0587-94-0051</p>
	<p>年 月 日</p>
<p>検診機関名 住所 代表者</p>	<p>Ⓜ (町提出)</p>