

令和6年度おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金交付要綱

(目的)

第1条 この告示は、がん検診の精密検査の受診率を向上させ、がんの早期発見及び早期治療により、町民の健康の保持増進を推進することを目的として、おいらせ町が実施する胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び子宮頸がん検診（以下「5がん検診」という。）を受診した結果、精密検査が必要と判断された者に対し、初回精密検査に係る費用の一部を補助するおいらせ町がん検診初回精密検査費補助金（以下「補助金」という。）の交付について、必要な事項を定めるものとする。

(補助金の交付対象者)

第2条 補助金の交付対象者は、第5条に規定する補助金の交付申請時点においておいらせ町に住所を有する者のうち、令和6年度に町が実施する5がん検診のいずれか又は複数の種類のがん検診を受診し、当該がん検診の結果、精密検査を受ける必要があると認められた者（以下「要精検者」とする。）であって、胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診にあつては、令和6年度末日現在の年齢が40歳から69歳までの者をいい、子宮頸がん検診にあつては、令和6年度末日現在の年齢が20歳から69歳までの者をいう。

(補助対象経費)

第3条 補助対象となる費用は、要精検者が初回に受ける精密検査（以下「初回精密検査」という。）に係る費用とし、検査項目は別表のとおりとする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、医療機関等に支払った金額のうち、初回精密検査に係る費用とし、検診の種類ごとに以下の額を上限とする。

- (1) 胃がん検診 5,000円
- (2) 大腸がん検診 6,000円

- (3) 肺がん検診 6, 000円
- (4) 乳がん検診 4, 000円
- (5) 子宮頸がん検診 3, 000円

(補助金の交付申請)

第5条 要精検者が、医療機関で精密検査を実施したときは、当該精密検査が必要と判定されたがん検診を受けた日から1年を経過する日までに、おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金交付申請書（様式第1号）に、医療機関への精密検査に要した費用の支払いを証明する書面及び検査項目が記載された書類等を添付して、町長に申請するものとする。

2 町長は、前項の規定による申請を受理したときは、精密検査に要した費用の支払いを証明する書面等の内容から補助金の額を決定し、おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金交付決定通知書（様式第2号）により、当該申請者に通知しなければならない。

(補助金の交付)

第6条 補助金の交付は、要精検者の指定する金融機関の口座への振り込みによって行うものとする。

(調査)

第7条 町長は、補助金の交付を行うために必要があると認めるときは、要精検者及びその関係者に対して質問又は調査をすることができる。

(その他)

第8条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、告示の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

別表（第3条関係）

検査名	検査項目
胃がん精密検査	初診、再診、エックス線検査（造影剤使用消化管写真診断）、内視鏡検査（胃ファイバースコピー）、病理組織顕微鏡検査
大腸がん精密検査	初診、再診、前処置、注腸エックス線検査、内視鏡検査（大腸ファイバースコピー）、病理組織顕微鏡検査
肺がん精密検査	初診、再診、エックス線検査（正面・側面・断層）、コンピューター断層撮影、喀痰細胞診検査、内視鏡検査（気管支ファイバースコピー）、病理組織顕微鏡検査
乳がん精密検査	初診、再診、エックス線検査、超音波検査、穿刺吸引細胞診検査、乳頭分泌細胞診検査、病理組織顕微鏡検査
子宮頸がん精密検査	初診、再診、内視鏡検査（コルポスコピー）、子宮頸部細胞診検査、子宮体部内膜細胞診検査、子宮頸部組織検査、子宮体部内膜組織検査、HPV検査

※ 入院により実施した場合や、同時に治療を行った場合を含み、当該精密検査に付随する問診や採血、結果説明等の診療行為も含む。

※ 大腸がん検診における便潜血検査の再検及び肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検等を除く。

おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金交付申請書

年 月 日

おいらせ町長 様

申請者（精密検査受診者）

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住 所： _____

電話番号： _____

おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 精密検査項目等

※「がん検診項目」は、要精密検査となったがん検診の種類に○をつけてください。
複数該当する場合は、がんの種類別に分けて記載してください。

がん検診項目	がん検診受診日	精密検査受診日	精密検査受診医療機関
胃・大腸・肺 乳・子宮	年 月 日	年 月 日	
胃・大腸・肺 乳・子宮	年 月 日	年 月 日	
胃・大腸・肺 乳・子宮	年 月 日	年 月 日	

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		支店
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

3 添付書類

- (1) 検査に係る費用を支払ったことが分かる書類（領収書）の写し
- (2) 検査内容が分かる書類（診療明細書等）の写し
- (3) 振込先口座番号が確認できるものの写し

おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

おいらせ町長

先に申請のありましたおいらせ町がん検診初回精密検査費補助金の交付について、
下記のとおり決定したので通知します。

記

補助金交付決定額 _____ 円

○補助金額の説明

精密検査項目	精密検査料等 A (自己負担合計額)	補助上限額 B	補助金交付額 (A と B のいずれか少ない額)
胃がん	円	5,000 円	円
大腸がん	円	6,000 円	円
肺がん	円	6,000 円	円
乳がん	円	4,000 円	円
子宮がん	円	3,000 円	円
合計	円	円	円