

小川村がん検診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

小川村長様

受 診 者	住 所 小川村大字
	氏 名 印
	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

____年度のがん検診を受けましたので下記のとおり補助金を交付してください。

記

1. がん検診の種類

① 胃バリウム検診	② 胃カメラ検診	③ 胸部らせんCT検診
④ 乳がん検診	⑤ 子宮がん検診	⑥ HPV検査

2. 検査日

年 月 日

3. 受診料

円

4. 補助金交付額

受診料×0.7
円

ただし要綱に定める額を限度とする(裏面参照)

5. 振込先口座番号(受診者本人名義のみ)

金融機関名	支店名 (ゆうちょの場合店番)	口座番号	(ふりがな) 口座名義人

6. 添付書類
- ① がん検診の本人負担額が確認できる書類の写し
 - ② 検診結果の写し

事務確認事項（□欄へチェック記入）

補助対象者は、次の各号のすべてに該当する方です。

- (1) 村内に住所を有している
- (2) 当該年度において、この要綱における同一種類の検診を受けていない
- (3) 当該がん検診による検査の対象となる疾患等について治療中でない、又は医師から経過観察の診断を受けていない
- (4) 村税等を滞納していない
- (5) 他の制度による補助がない

8. 補助額

別表第1（第5条関係）

種類	検査項目	補助金額
胃検診	(1)胃バリウム検査	受診料の7割以内の額 (上限2,800円)
	(1)胃カメラ検診	受診料の7割以内の額 (上限4,500円)
胸部らせんCT検診	(1)らせんCT検診	受診料の7割以内の額 (上限5,800円)
乳がん検診	(1)問診 (2)マンモグラフィ検査(内外斜位1方向撮影)	受診料の7割以内の額 (上限4,300円)
子宮がん検診	(1)問診 (2)視診 (3)子宮頸部の細胞診 (4)内診	受診料の7割以内の額 (上限3,500円)
HPV(ヒトパピローマウイルス)検査	(1)問診 (2)HPV(ヒトパピローマウイルス)検査	受診料の7割以内の額 (上限3,200円)