

境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金（以下「本助成金」という。）の交付について、境港市補助金等交付規則（昭和33年境港市規則第10号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 本助成金の助成対象者は、市が実施する子宮頸がん検診・H P V 検査に要する費用が無料となるがん検診無料クーポン券（以下「クーポン券」という。）の交付を受けた者で、次に掲げる要件の全てに該当する者とする。

(1) クーポン券に記載された実施期間内に市と委託契約を締結している医療機関以外の医療機関で子宮頸がん検診・H P V 検査（以下「がん検診」という）を受けた者

(2) がん検診を受けた日に境港市内に住所を有する者

(助成金額)

第3条 本助成金の対象となる経費は、がん検診に要した費用（他の地方公共団体から助成を受けた費用を除く。）とし、別表左欄に掲げる区分に応じ、同表右欄に定める単価を本助成金の上限額とする。

(助成金の申請等)

第4条 本助成金の交付を受けようとする者は、境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。ただし、本助成金の交付を受けようとする者が当該書類を添付することができない場合には、境港市子宮頸がん検診・H P V 検査受検証明書（様式第2号）の提出をもって、当該書類に代えることができる。

(1) 前条の経費を支払った事実及び当該経費の額を証明できる書類の原本

(2) がん検診の受診日及び検診内容を確認することができる書類の写し

2 前項の申請は、がん検診を受けた日の属する年度の3月14日までにしなければならない。

(助成金の決定)

第5条 市長は、前条の規定により申請があったときは、その内容を審査し、その適否を境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により交付の決定をしたときは、速やかに助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第6条 市長は、本助成金の交付を受けた者が、虚偽その他不正の手段により助成を受けたときは、期限を定めて当該助成金の全額又は一部について返還を命じなければならない。

（雑則）

第7条 この要綱に定めるもののほか、本助成金の交付について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年8月1日から施行する。

別表（第 3 条 関 係）

検 査 種 別	単 価
頸 部 （ 細 胞 診 ）	8 ， 4 6 0 円
頸 部 ＋ 体 部 （ 細 胞 診 ）	1 4 ， 1 7 0 円
H P V 検 査	3 ， 0 8 0 円

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

境港市長 様

境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付申請書兼請求書

次のとおり、境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付要綱第 4 条の規定により申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生	
	氏 名	印			
住 所	〒 -				
	境港市 電 話 ()				
申請額	金 円				
同意事項	《 以下について確認の上、□にチェック☑をしてください。 》 □ 助成の可否を判断する等のために必要な場合は、 <u>境港市長が下記</u> <u>の事項に関して私の個人情報を取り扱うことに同意します。</u>				
【受取口座記入欄】					
金融機関名					
銀行 本店 支店					
預金種別	口座番号			(フリガナ)	
				口座名義	
1 普通					
2 当座					
決定 助成額	金 円			(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

添付書類

- (1) 経費を支払った事実及び当該経費の額を証明できる書類の原本
- (2) がん検診の受診日及び検診内容を確認することができる書類の写し

助成金の助成の可否を判断する等のために必要な場合は、境港市長が次に掲げる事項に関して申請者の個人情報を取り扱います。
この場合において、個人情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳を照会すること。
- 2 医療機関等に検査内容等を照会すること。

様式第 2 号（第 4 条関係）

境港市子宮頸がん検診・H P V 検査受検証明書

下記の者については，子宮頸がん検診・H P V 検査を実施し，これに係る費用を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受 検 者 氏 名	()	生年月日	年 月 日
検 査（受 診） 日			
実施した検査等 ※ 1 及 び 領 収 金 額	☐ 子宮頸部細胞診		円
	☐ H P V 検 査		円
	☐ 子宮頸部＋体部細胞診		円

※ 1 該当する場合は□欄に✓を記載してください。

年 月 日

様

境港市長

印

境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで、申請のありました境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金については、次のとおり交付（却下）することに決定しましたので、境港市子宮頸がん検診・H P V 検査費用助成金交付要綱第 5 条の規定により通知します。

記

交付申請額	円
交付決定額	円

却下の場合の理由：