

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、血液検査にて、血清ペプシノゲン値・血清ヘリコバクター・ピロリ菌抗体を測定し、胃がんリスク検診（ABC検診）（以下「リスク検診」という。）を実施することにより、胃がんの発がんリスクを明らかにし、そのリスクに応じて、より効果的に胃がんの予防、早期発見を図るとともに、市民の健康維持及び増進に資することを目的とする検診の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

（対象者）

第2条 市内に住民登録のある者で、実施年度末に40歳及び45歳、50歳、55歳、60歳、65歳の年齢に該当する者（以下「対象者」という。）とする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は除く。

- (1) 明らかな上部消化器症状があり、胃や十二指腸潰瘍の疾患が強く疑われる人
- (2) 食道、胃、十二指腸疾患で治療中の人
- (3) 胃酸分泌抑制剤（プロトンポンプ阻害剤）を服用中もしくは2ヶ月以内に服用していた人
- (4) 胃や十二指腸の手術歴のある人
- (5) 腎不全（クレアチニン値が3mg/dl以上）の人
- (6) 5年以内にリスク検診を受けている人
- (7) 当該年度に市の胃がん検診（バリウム検査又は、内視鏡検査）を受けている又は、受ける予定の人

2 前項の規定にかかわらず、市長がリスク検診を実施することが適当であると認める者については、この限りではない。

（実施医療機関）

第3条 リスク検診は、市長が委託する医療機関（以下「委託医療機関」という。）において実施する。

（検査項目）

第4条 検診では、次の各号に掲げる項目を実施する。

- (1) 問診
- (2) ヘリコバクター・ピロリ菌抗体測定
- (3) 血清ペプシノゲン検査

(費用の額の算定基準)

第5条 費用の額の算定基準は、市長が別に定めるものとする。

(負担金)

第6条 リスク検診の対象者でリスク検診を受けた者(以下「受診者」という。)は、検診に要する費用を負担するものとし、委託医療機関において、1,600円の負担金の額を支払うものとする。

(負担金の免除)

第7条 市は、受診者で次の各号のいずれかに該当するものは、前条の負担金の免除を受けることができる。

- (1) 生活保護法(昭和25年法律第144条)の規定による被保護世帯に属する者
- (2) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律(平成6年法律第30号)の規定による生活支援給付を受けている者
- (3) 市民税非課税世帯に属する者(地方税法(昭和25年法律第226号)第295条第1項の規定、同法第314条の2第1項第8号若しくは同条第3項に規定する控除又は同法第314条の6第1号イの表(3)若しくは(4)の上欄に掲げる者に適用される同条の控除が適用されない者が属する未婚のひとり親家庭が、別に定めるところにより市長から寡婦(夫)控除のみなし適用の認定を受けたときは、当該規定においてその者を寡婦又は寡夫とみなして規定又は控除を適用した上で判定された者を含む。)
- (4) 市長が特に必要と認めた者

(負担金の免除申請)

第8条 前条の規定により負担金の免除を受けようとする者(以下「負担金免除申請者」という。)は、次の各号に掲げる区分により申請しなくてはならない。

- (1) 負担金免除申請者は、受診前に綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金免除申請書(第1号様式。以下「申請書」という。)を市長に提出するものとする。
- (2) やむを得ない事情で、前号に規定する申請書を市長に提出できない負担金免除申請者は、受診後に綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金還付申請書(第2号様式。以下「還付申請書」という。)を市長に提出するものとする。

2 前項第2号の負担金免除申請者は、還付申請書にリスク検診を受診したことが確

認できるもの、リスク検診に要した費用を支払ったことを証する書類を添付しなくてはならない。

(負担金免除の承認)

第9条 市長は、前条の規定により負担金免除申請者から免除の申請を受けたときは、これを審査し、負担金免除に関する可否の決定を次の各号に掲げる書類により通知するものとする。

(1) 申請書を提出した負担金免除申請者は、綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金免除承認書(第3号様式。以下「承認書」という。)

(2) 還付申請書を提出した負担金免除申請者は、綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金還付決定通知書(第4号様式。以下「還付決定通知書」という。)

(負担金の請求)

第10条 市長は、次の各号に掲げる方法により請求を受けたときには、これを審査し、請求者に支払うものとする。

(1) 承認書を通知された者は、リスク検診を受ける委託医療機関へこの承認書を提出し、リスク検診に要した費用の請求を委託医療機関へ委任するものとする。なお、委任された委託医療機関は、市指定の請求書に承認書を添付し、承認書を通知された者の代理として市長に請求するものとする。

(2) 還付決定通知書による還付の決定がされた者は、綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金還付請求書(第5号様式)により受診に要した費用を市長に請求するものとする。

(不正利得の返還)

第11条 市長は、偽りその他の不正な手段により負担金の免除を受けた者がいるときは、既に免除を受けた額の返還を命ずるものとする。

(記録票及び精密検査結果連絡票の取扱い)

第12条 委託医療機関は、検診記録票及び検診精密検査結果連絡票を交付し、市長に提出するものとする。

2 前項の書類の写しを委託医療機関及び受診者それぞれが保管するものとする。

(精密検査の結果報告及び調査協力)

第13条 精密検査を実施した委託医療機関は、精密検査を行った当該検査の結果に関する事項を市長に連絡するとともに、要精密検査者の追跡調査に協力する。

(委託料の請求及び支払い方法)

第14条 委託医療機関は、検診請求をとりまとめの上、検診委託料請求書に記録票の市控えを添えて、市長に対し委託料を請求する。

2 市長は、前項の請求があった場合は、内容を確認し、委託医療機関に支払うものとする。

(委任)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成26年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年5月15日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

第1号様式（第7条関係）

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金免除申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。

なお、負担金免除事務にあたり、住民基本台帳、生活保護等受給状況並びに申請者、配偶者及び同居者の市県民税額を課税台帳により確認することについて同意します。

太枠内を記入してください。

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日（満 歳）
住所	〒252 - 綾瀬市 電話番号（ ）	
理由	1 生活保護受給世帯 2 中国残留邦人等支援法該当者 3 市民税非課税世帯 （寡婦（夫）控除のみなし適用の認定を受けた者を含む。）	該当する番号に をつけてください。

（担当課欄）

このことについて、次のとおり決定してよいでしょうか。また決裁後は、第3号様式により負担金免除申請者に通知してよいでしょうか。

決 裁 欄			起案日	. .	公 印
			決裁日	. .	
決定区分	承認する 承認しない				

第2号様式（第7条関係）

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金還付申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金の還付を受けたいので次のとおり申請します。

なお、負担金免除事務にあたり、住民基本台帳、生活保護等受給状況並びに申請者、配偶者及び同居者の市県民税額を課税台帳により確認することについて同意します。

太枠内を記入してください。

フリガナ		生年月日	
氏名		年	月 日（満 歳）
住所	〒252 - 綾瀬市 電話番号 ()		
理由	1 生活保護受給世帯 2 中国残留邦人等支援法該当者 3 市民税非課税世帯 (寡婦(夫)控除のみなし適用の認定を受けた者を含む。)	該当する番号に をつけてください。	
還付額	円		
	口座振込み	現金払い	

現金払いは金融機関に口座を開設していない場合に限りです。

（担当課欄）

このことについて、次のとおり決定してよいでしょうか。また、決裁後は、第4号様式により通知してよいでしょうか。

決裁欄			起案日	・	・
			決定日	・	・
決定区分	還付する 還付しない		公印		

第3号様式（第8条関係）

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金免除承認書

年 月 日

様
（生年月日 年 月 日）

年 月 日付けで申請のありました綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金について、負担金の免除を承認します。

綾 瀬 市 長 印

（負担金免除者記入欄）

綾瀬市胃がんリスク検診（ABC検診）負担金について、次の医療機関にその請求を委任します。

氏 名 _____ 印

医療機関記入欄

受診年月日	年 月 日
負担金	円
医療機関名	所在地 代表者氏名 電話番号 印

[負担金免除者 医療機関 綾瀬市]

第5号様式(第9条関係)

綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金還付請求書

(宛先)綾瀬市長

年 月 日

住所 〒252-

綾瀬市

氏名

印

下記の金額を請求いたします。

納入先(課名)	請求番号	合計金額	
		円也	
品名	規格	数量	金額
綾瀬市胃がんリスク検診(ABC検診)負担金			

口座の場合

フリガナ			
口座名義人			
金融機関コード		支店コード	
金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店名	店
預金種目	普通・総合 当座	口座番号	

直接払いの場合

領収書

上記の金額を領収しました。

年 月 日

綾瀬市会計管理者 殿

〒 -

住所

氏名

印