

長久手市脳ドック検診費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、脳血管障害等の疾病の早期発見と早期治療を推進するために、脳ドック検診を受診した者に対して検診費用の一部を助成することにより市民の健康の保持増進を図ることについて、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 脳ドック検診（以下「検診」という。）費用助成金の交付を受けることができる者は、申請日及び検診受診日において市内に住所を有し、年度内に到達する年齢が40歳以上で、かつ、職域等で受診する機会がない者（会社等で検診助成制度がない者も含む。）とする。

2 ただし、次の各号のいずれかに該当する者は、対象者とししないものとする。

- (1) 脳の疾患により現在治療中の者、又は過去に治療を受けた者
- (2) 過去4年度に、本事業の助成を受けた者
- (3) 自覚症状のある者

(助成対象費用)

第3条 助成対象とする費用は、脳ドック検診等の名称を用いて行う保険適用外の検診に係る費用とする。

2 同一医療機関において、脳ドック検診等の名称を用いて同日に頸動脈エコー検査、血液検査等を付随して実施する場合は、これを一つの検診としてみなし、助成対象とする。

(助成金の額)

第4条 この助成金の額は、助成対象費用の7割に相当する額（その額が15,000円を超える場合は15,000円）を上限とする。ただし、算出した助成金の額に100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

2 助成金の交付は、5年度内に1人1回を限度とする。

(申請及び交付)

第5条 助成金の交付を受けようとする者は、市長が別に定める医療機関（以下「指定医療機関」という。）において検診を受ける前に、長久手

市脳ドック検診費助成事業申請書（第 1 号様式）を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定による申込みがあった場合は、その内容を審査確認し、対象者であると認めるときは、長久手市脳ドック検診受診補助券（第 2 号様式。以下「補助券」という。）を交付する。

3 前項の規定による補助券は、発行した日から当該年度の 2 月末日までを有効期間とする。

（補助券の有効期間の例外）

第 6 条 指定医療機関の同意を得られた場合に限り、前条第 1 項の申込みのあった当該年度の末日までに検診を受ける場合には、前条第 3 項の規定によらず、当該補助券を有効のものとして取り扱う。

（検診結果の報告）

第 7 条 指定医療機関は、受診者の結果について市に報告する。

（助成金の支払等）

第 8 条 第 5 条第 2 項の補助券の交付を受けた者が、指定医療機関に補助券を提出して検診を受けたときは、第 4 条第 1 項に規定する助成金の額を市が当該指定医療機関に支払うことにより、検診に要する費用を助成したものとみなす。

（償還払による助成金の支払等）

第 9 条 助成対象者のうち、第 5 条第 1 項の規定によらず検診を受けたときには、脳ドック検診受診費助成金交付申請・請求書（第 3 号様式）に必要な事項を記入し、検診を受診したことを証明できる脳ドック検診費領収書（第 4 号様式）を添付して、速やかに市長に申請する。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合は、必要な書類を審査確認し、償還払によって申請者に助成金を交付するものとする。

（不正利得の返還）

第 10 条 市長は、偽りその他不正な手段により、当該助成金の交付金を受けた者については、その者から交付した当該助成金の金額又は一部を返還させることができる。

（その他）

第 11 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 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 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。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 1 月 4 日から施行する。

第 1 号様式（第 5 条関係）

長久手市脳ドック検診費助成事業申請書(市内指定医療機関)

申請日 年 月 日

脳ドック検診費助成事業を下記のとおり申請します。

〈申請者〉

住所	〒 ー 長久手市
フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）
電話番号	
受診予定医療機関	名古屋脳神経外科 ・ 東名病院 ・ あいち脳神経クリニック

【市記入欄】

- ☐ 年度末年齢が40歳以上
☐ 過去5年間受診歴なし（本人、PC確認）
☐ 脳の疾患で治療中（保険診療）、または過去に治療を受けていない方
☐ 職場等で脳ドック検診の受診機会がない方、受診費用の助成がない方
☐ 現在自覚症状のない方 例：頭痛、めまい等

名簿入力日
年 月 日

発送日
年 月 日

第 2 号様式（第 5 条関係）

年 月 日発行

長久手市脳ドック検診受診補助券	
氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	
有効期限	年 月 日
発行者 長久手市長 ○この券は、別紙一覧の医療機関での受診時に医療機関窓口に提示してください。 ○上記発行日から有効期限までに受診した脳ドック検診を助成対象とします。 ○その他の医療機関で受診する場合には、この券は使えません。健康推進課までお問い合わせください。	

医療機関記入欄

検査年月日	年 月 日
検査費用の総額	円
医療機関名	

第3号様式（第9条関係）

脳ドック検診費助成金交付申請・請求書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号

私は、下記のとおり脳ドック検診を受けましたので、助成金の交付について、領収書を添え申請します。

被検査者氏名			
生年月日（年齢）	年	月	日（歳）
受診年月日	年	月	日
医療機関名			
請求金額	金	円	
振込先 金融機関名	銀 行 農業協同組合 信用金庫	本 店 支 店 出張所	
		店番号	
口座番号	普通・当座		
ふりがな			
口座名義人			

*振込先は、申請者名義の口座を記入してください。

*添付書類：「脳ドック検診費領収書」

第4号様式（第9条関係）

脳ドック検診費領収書	
受診者氏名	
検査年月日	年 月 日
領収金額	金 円
MRI・MRA検査	有 ・ 無
その他の検査項目	
上記のとおり証明します。 年 月 日 住所 検診機関 名称 ⑩	

領収書添付欄

上記の「脳ドック検診費領収書」によらない場合は
ここに検診機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①～⑤の内容が記載されていることが必要です。

- ① 被検査者氏名
- ② 検査年月日
- ③ 検査項目（脳ドック検診として実施した検査項目）
- ④ 金額
- ⑤ 医療機関名・医療機関印