明日香村人間ドック受診費用助成金交付要綱

（目的）

第１条　この要綱は、村民の健康増進を図るため、村民自らが受診する人間ドックにかかる費用を助成することにより、各種健診の受診を推進するとともに、がんをはじめとする生活習慣病の早期発見、早期治療及び生活習慣の改善を図ることを目的とする。

（定義）

第２条　この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

（１）人間ドック　医療機関おいて短期間に集中して行う別表に定める検査項目を含む総合的な健康診査をいう。

（２）領収書等　受診費用を支払ったことを証する領収書及びその他これに類する書面をいう。

（助成の対象）

第３条　助成の対象者は、村内に住所を有し、次の各号の全てに該当する者とする。

（１）受診時点における国民健康保険の被保険者

（２）当該年度中に４０歳に到達する者から７４歳までの者

（３）人間ドックの結果について、村に情報提供できる者

（４）村税等を滞納していない者

（５）特定健診受診券を使用せず、人間ドックを受診した者

（助成金の額）

第４条　本助成金の額は、人間ドック受診費用のうち交付対象者の負担した額に２分の１を乗じて得た額（当該１００円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てた額）以内で算定し、予算の範囲内で交付する。ただし、１万円を限度額とする。

（交付申請）

第５条　受診費用の助成を受けようとする者は、受診した日の属する年度の翌年度の４月３０日までに、助成金交付申請書（別記様式第１号）により村長に申請しなければならない。

２　前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

（１）人間ドック検査結果記録票

（２）受診費用が確認できる書類

（３）質問票（記入済のもの）

（交付決定）

第７条　村長は、前条の規定による申請があったときは、当該申請に係る書類を審査し、助成金を交付するか否かを決定するものとする。

（交付決定等の通知）

第８条　村長は、助成金の交付を決定したときは、当該助成金の交付の申請をした者に対し、助成金交付決定通知書（別記様式第２号）により、その旨を通知するものとする。

２　村長は、助成金を交付することが適当でないと認めるときは、当該助成金の交付の申請をした者に対し、その旨を通知するものとする。

（助成金の支払の請求）

第９条　助成金の交付の決定を受けた者は、当該助成金の支払の請求をしようとするときは、助成金支払請求書（別記様式第３号）を村長に提出するものとする。

（助成金の支払）

第１０条　村長は、前条の助成金支払請求書の提出があったときは、その日から３０日以内に、村長が定める方法により、当該請求に係る助成金を支払うものとする。

（その他）

第１１条　この要綱の実施のために必要な事項は、村長が別に定める。

附　則

この要綱は、令和７年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和８年４月１日から施行する。

別表（第２条関係）

区分	検査項目
問診	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む） 自覚症状及び他覚症状の検査
身体測定	身長、体重、ＢＭＩ、腹囲
循環器検査	血圧
血清脂質検査	ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール、中性脂肪
尿酸	尿酸
糖尿病検査	尿糖、空腹時血糖及びHbA1c
腎臓検査	クレアチニン、尿蛋白
肝臓検査	GOT、GPT、γ－GTP
診察及び指導	医師による診察（理学的検査を含む）

別記　様式第１号（第５条第１項関係）

年　　月　　日

明日香村長　　様

（申請者）　住　　所　〒　　－

明日香村大字

氏　　名（ふりがな）　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生

連 絡 先

明日香村人間ドック受診費用助成金交付申請書

次のとおり明日香村人間ドック受診費用助成金の交付を受けたいので、明日香村人間ドック受診費用助成金交付要綱（令和７年４月１日施行）の第６条の規定により申請します。

記

１　補　助　年　度	年度
２　補　助　金　の　額	円
３　受　診　医　療　機　関　名	
４　補　助　対　象　経　費	円

※申請者が氏名を自署する場合には、その押印を省略することができます。

ここから下は窓口で記入します

（添付書類）

□検査結果記録票

□質問票（記入済）

□領収書等

□国民健康保険資格情報

□本人確認書類

受付印

別記　様式第２号（第７条関係）

年　　月　　日

様

明日香村長　　㊞

明日香村人間ドック受診費用助成金交付決定通知書

年　　月　　日付け申請のありました明日香村人間ドック受診費用助成金につきましては、次のとおり交付することに決定しましたので、明日香村人間ドック受診費用助成金交付要綱（令和７年４月１日施行）第８条第１項の規定により、次のとおり通知します。

記

１　補助年度　　年度

２　補助金の額　　円

別記　様式第３号（第９条関係）

明日香村人間ドック受診費用助成金請求書

年　　月　　日

明日香村長　　様

（請求者）
住　　所　　奈良県高市郡明日香村大字

氏　　名　　㊞

明日香村人間ドック受診費用助成金について、下記のとおり交付を受けたいので明日香村人間ドック受診費用助成金交付要綱第９条の規定に基づき、請求します。

記

１　助成金の名称　　明日香村人間ドック受診費用助成金

２　交付決定金額　　円

３　交付請求金額　　円

４　口　座　等

金融機関名	支店名	預金種別
銀行・農協・金庫	本店・支店・支所	普通　・　当座
口　座　番　号		口座名義人（カタカナ）