

聖籠町告示第十号

聖籠町後期高齢者医療人間ドック助成事業実施要綱を次のように定める。

平成二十六年三月十八日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町後期高齢者医療人間ドック助成事業実施要綱

(趣旨)

第一条 この告示は、後期高齢者医療制度の被保険者に対して、被保険者の健康の保持増進に寄与することを目的として、人間ドック(以下「健診」という。)の費用の一部を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(健診期間)

第二条 この告示による助成の対象となる健診は、毎年四月一日から翌年三月末日までに行われる健診とする。

(助成対象者)

第三条 助成対象者は、健診を受診する日において、次に掲げる要件をすべて満たす被保険者とする。

一 聖籠町に住所を有する後期高齢者医療制度の被保険者

二 後期高齢者医療保険料の滞納がない者

2 前項の規定にかかわらず、同一の健診期間内において次の各号に該当する者は、この助成の対象としない。

一 新潟県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例(平成十九年新潟県後期高齢者医療広域連合条例第三十三号)第三条第一号の規定による後期高齢者健康診査を受けた者

二 聖籠町国民健康保険特定健康診査等の実施に関する規則(平成二十年聖籠町規則第十五号)第二条第一項に定める特定健康診査を受けた者

三 健診期間中に他の市区町村で実施する後期高齢者の健診及び他制度による健診の助成を受けた者又は同様に認められる助成を受けた者

(助成金の額)

第四条 助成金の額は、健診に要した費用の一部とし、一万円(受診者が支払った健診費用が一万円に満たない場合は、実際に支払った額。)を助成する。ただし、助成の回数は、一健診期間につき一回とする。

(助成金の申請)

第五条 助成金の申請をしようとする者は、後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書(別記様式)を町長に提出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するものとする。

- 一 健診機関の領収書の写し
- 二 健診結果の写し
- 三 その他町長が必要と認める書類

(助成金の決定等)

第六条 町長は、前条の申請書を受理したときは、申請内容を審査し、助成することを適当と認めるときは、申請者の指定する口座に助成額を振り込むものとする。

(助成金の返還)

第七条 町長は、偽りその他不正な行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者からその交付を受けた額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第八条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、平成二十六年四月一日から施行する。

後期高齢者医療人間ドック助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）聖籠町長

申請者 住 所  
氏 名 ④  
電話番号

次のとおり人間ドック健診の費用助成金の交付を申請します。

|           |         |       |      |   |
|-----------|---------|-------|------|---|
| 申 請 額     |         |       |      | 円 |
| 医 療 機 関 名 |         |       |      |   |
| 受 診 年 月 日 | 年       | 月     | 日    |   |
| 受 診 者     | 氏 名     |       |      |   |
|           | 生 年 月 日 | 年     | 月    | 日 |
|           | 住 所     |       |      |   |
| 振 込 先     | 金融機関名   | 銀 行   | 本 店  |   |
|           |         | 金 庫   | 支 店  |   |
|           | 預金種別    | 普通・当座 | 口座番号 |   |
|           | フリガナ    |       |      |   |
|           | 口座名義人   |       |      |   |
|           |         | 組 合   | 支 所  |   |
|           |         | 農 協   | 出張所  |   |

（添付書類）

- 1 人間ドック健診に係る領収書の写し
- 2 人間ドック健診結果の写し

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| 委 任 欄     | 申請者（被保険者）と振込先の口座名義が異なる場合は記入してください。 |
|           | 〔委任する人〕                            |
|           | 助成金の受領を下記の人に委任します。                 |
|           | 申請者（被保険者）                          |
|           | _____ ④                            |
|           | 〔委任を受ける人〕                          |
| 住 所       |                                    |
| 氏 名       |                                    |
| 電話番号      |                                    |
| 委任する方との続柄 |                                    |