

阿賀野市告示第 1 2 6 号

阿賀野市がん検診推進事業実施要綱を次のように定める。

令和 7 年 4 月 2 5 日

阿賀野市長 加 藤 博 幸

阿賀野市がん検診推進事業実施要綱

(趣旨)

第 1 条 この告示は、特定の年齢に達した者に対して、検診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。）を交付し、がん検診における受診促進及びがんの早期発見を目的として実施するがん検診推進事業に関し、必要な事項を定めるものとする。

(がん検診の種類)

第 2 条 がん検診の種類は、子宮頸がん検診、乳がん検診、大腸がん検診及び胃がん検診とする。

(実施機関等)

第 3 条 がん検診は、市長が別表の医療機関等（以下「実施機関」という。）に業務を委託して行うもののほか、市が実施する集団検診とする。

(対象者)

第 4 条 がん検診の対象者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる検診で当該各号に掲げる者のうち、受診日において市内に居住し、住民基本台帳法（昭和 4 2 年法律第 8 1 号）に基づき市の住民基本台帳に記載されているものとする。この場合において、年齢は当該受診日の属する年度末における年齢とする。

(1) 子宮頸がん検診

年齢	生年月日	性別
2 1 歳	平成 1 6 (2 0 0 4) 年 4 月 2 日～平成 1 7 (2 0 0 5) 年 4 月 1 日	女性
2 6 歳	平成 1 1 (1 9 9 9) 年 4 月 2 日～平成 1 2 (2 0 0 0) 年 4 月 1 日	
3 1 歳	平成 6 (1 9 9 4) 年 4 月 2 日～平成 7 (1 9 9 5) 年 4 月 1 日	
3 6 歳	平成元 (1 9 8 9) 年 4 月 2 日～平成 2 (1 9 9 0) 年	

	4 月 1 日	
4 1 歳	昭和 5 9 (1 9 8 4) 年 4 月 2 日～昭和 6 0 (1 9 8 5) 年 4 月 1 日	

(2) 乳がん検診

年 齢	生年月日	性 別
4 1 歳	昭和 5 9 (1 9 8 4) 年 4 月 2 日～昭和 6 0 (1 9 8 5) 年 4 月 1 日	女 性
4 6 歳	昭和 5 4 (1 9 7 9) 年 4 月 2 日～昭和 5 5 (1 9 8 0) 年 4 月 1 日	
5 1 歳	昭和 4 9 (1 9 7 4) 年 4 月 2 日～昭和 5 0 (1 9 7 5) 年 4 月 1 日	
5 6 歳	昭和 4 4 (1 9 6 9) 年 4 月 2 日～昭和 4 5 (1 9 7 0) 年 4 月 1 日	
6 1 歳	昭和 3 9 (1 9 6 4) 年 4 月 2 日～昭和 4 0 (1 9 6 5) 年 4 月 1 日	

(3) 大腸がん検診

年 齢	生年月日	性 別
4 1 歳	昭和 5 9 (1 9 8 4) 年 4 月 2 日～昭和 6 0 (1 9 8 5) 年 4 月 1 日	男 性 及 び 女 性
4 6 歳	昭和 5 4 (1 9 7 9) 年 4 月 2 日～昭和 5 5 (1 9 8 0) 年 4 月 1 日	
5 1 歳	昭和 4 9 (1 9 7 4) 年 4 月 2 日～昭和 5 0 (1 9 7 5) 年 4 月 1 日	
5 6 歳	昭和 4 4 (1 9 6 9) 年 4 月 2 日～昭和 4 5 (1 9 7 0) 年 4 月 1 日	
6 1 歳	昭和 3 9 (1 9 6 4) 年 4 月 2 日～昭和 4 0 (1 9 6 5) 年 4 月 1 日	

(4) 胃がん検診

年 齢	生年月日	性 別
4 1 歳	昭和 5 9 (1 9 8 4) 年 4 月 2 日～昭和 6 0 (1 9 8 5)	男

	年 4 月 1 日	性及び女性
4 6 歳	昭和 5 4 (1 9 7 9) 年 4 月 2 日～昭和 5 5 (1 9 8 0) 年 4 月 1 日	
5 1 歳	昭和 4 9 (1 9 7 4) 年 4 月 2 日～昭和 5 0 (1 9 7 5) 年 4 月 1 日	
5 6 歳	昭和 4 4 (1 9 6 9) 年 4 月 2 日～昭和 4 5 (1 9 7 0) 年 4 月 1 日	
6 1 歳	昭和 3 9 (1 9 6 4) 年 4 月 2 日～昭和 4 0 (1 9 6 5) 年 4 月 1 日	

(台帳の整備)

第 5 条 市長は、令和 7 年 4 月 2 0 日（以下「基準日」という。）における対象者のがん検診台帳を作成するものとする。

(クーポン券の交付)

第 6 条 市長は、基準日における対象者に対し、第 2 条に掲げるがん検診のクーポン券を交付する。

- 2 クーポン券の使用期限は、子宮頸がん検診及び乳がん検診は令和 8 年 2 月 2 8 日までとし、大腸がん検診及び胃がん検診は令和 7 年 1 2 月 2 8 日までとする。

(クーポン券の交付申請)

第 7 条 基準日以後に転入した対象者がクーポン券を必要とする場合は、がん検診無料クーポン券交付申請書（第 1 号様式。以下「交付申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

- 2 対象者は、交付されたクーポン券を破損し、又は亡失したことによりクーポン券の再発行を必要とする場合は、交付申請書を市長に提出しなければならない。
- 3 市長は、前 2 項の申請書の提出があったときは、これを審査のうえ、交付の可否を決定し、がん検診無料クーポン券またはがん検診無料クーポン券不交付決定通知書（第 2 号様式）により通知するものとする。

(がん検診の実施等)

第 8 条 前 2 条の規定によりクーポン券の交付を受けた者は、実施機関又は市が実施する検診にクーポン券を提出し、無料でがん検診を受けることができる。

- 2 第 4 条第 3 号及び第 4 号で規定する対象者は、市が実施する集団健診においてのみ無料で検診を受けることができる。

- 3 実施機関は、第1項の規定によりクーポン券の提出を受けたときは、記載された氏名、住所及び生年月日を当該受診者の健康保険証、運転免許証等と照合して、本人確認を行わなければならない。
- 4 実施機関は、がん検診を実施するにあたっては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」（平成20年3月31日健発0331058号厚生労働省健康局長通知）に定めるがん検診と同様に行うものとする。
- 5 実施機関は、がん検診を実施したときは、提出されたクーポン券に必要事項を記載のうえ、市長に提出しなければならない。

（検診料の助成）

第9条 市長は、前条第1項の規定にかかわらず、対象者（第4条第3号及び第4号の対象者を除く。）が、令和7年4月1日から令和8年2月28日までの間に、実施機関でがん検診を受診し、当該実施機関に検診料を支払った場合は、当該対象者に対して、支払った自己負担相当額を助成するものとする。この場合において、この助成を受けようとする者は、がん検診推進事業助成金申請書（第3号様式）、クーポン券及び当該実施機関が発行した領収書を市長に提出しなければならない。なお、他制度で既に受診費用の補助を受けている場合は対象とならない。

- 2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、これを審査のうえ、助成の可否を決定し、がん検診推進事業助成金交付・不交付決定通知書（第4号様式）により通知するものとする。

（記録の整備）

第10条 市長は、実施機関から個人記録票が提出されたときは、速やかにがん検診台帳に受診状況を記録するものとする。

（その他）

第11条 この告示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

（施行期日）

- 1 この告示は、令和7年4月25日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

（有効期限）

- 2 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

別表（第3条関係）

（1） 子宮頸がん検診実施機関

実施機関名	所在地
あがの市民病院	阿賀野市岡山町13番23号
豊栄病院	新潟市北区石動1丁目11番1号
たかうち医院	五泉市赤海2丁目6番2号
関塚医院	新発田市中田町2丁目17番15号
富田産科婦人科クリニック	新発田市諏訪町1丁目2番15号
渡部レディースクリニック	新発田市新栄町1丁目1番6号
伊藤産婦人科医院	新潟市秋葉区中沢町9番13号
森川医院	新潟市秋葉区程島1977番地
新津産科婦人科クリニック	新潟市江南区横越中央7丁目1番7号
新潟レディースライフクリニック	新潟市秋葉区新津5149番地

（2） 乳がん検診実施機関

実施機関名	所在地
あがの市民病院	阿賀野市岡山町13番23号
下越総合健康開発センター	新発田市本町4丁目16番83号
新潟県労働衛生医学協会 新津成人病検診センター	新潟市秋葉区程島2009番地
新潟県労働衛生医学協会 集団検診センター	新潟市中央区川岸町1丁目39番地の5
新潟県労働衛生医学協会 新潟健康増進センター	新潟市中央区川岸町1丁目47番地7
新潟県労働衛生医学協会 プラーカ健康増進センター	新潟市中央区天神1丁目1番地 プラーカ3（5F）

第 1 号様式（第 7 条関係）

がん検診無料クーポン券交付申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

住 所

申請者氏名

下記のとおり、がん検診無料クーポン券の交付を申請します。

記

生 年 月 日	年 月 日（ ） 歳
が ん 検 診 の 種 類	☐ 子宮頸がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
交付を申請する理由	☐ 阿賀野市に転入したため （転入日 年 月 日） ☐ クーポン券を破損又は亡失したため

第 2 号様式（第 7 条関係）

がん検診無料クーポン券不交付決定通知書

年 月 日

様

阿賀野市長

印

年 月 日付けで申請のあったがん検診無料クーポン券の不交付
について、下記のとおり決定したので通知します。

記

クーポン券の種類	☐ 子宮頸がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
不 交 付 理 由	

第 3 号様式（第 9 条関係）

がん検診推進事業助成金申請書

下記のとおりがん検診を受診したので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者	(フリガナ) 氏 名					
	生 年 月 日		昭和・平成		年	月 日 (歳)
	住 所		〒 電話番号 阿賀野市			
金 額		円				
検診の種類		子宮頸がん検診 ・ 乳がん検診				
受 診 日		年 月 日				
受診機関名						
がん検診の助成を受けるにあたり、必要があるときは住民基本台帳の閲覧や受診機関へ内容確認等を行うことに同意します。						
振込先	金融機関名		銀行・農協 信組・信金			支店
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					

第4号様式（第9条関係）

がん検診推進事業助成金交付・不交付決定通知書

年 月 日

様

阿賀野市長

印

年 月 日付けで申請のあったがん検診推進事業助成金の交付（不交付）について、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 交付します

助成金決定額		円		
振込先	金融機関名	銀行・農協 信組・信金 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			
支払予定日		年 月 日		

2 交付しません

理 由	
-----	--