

がん検診等費用免除実施要領

(目 的)

第1条 この要領は、市民の健康増進を図ることを目的として市が実施する各種検診の検診費用の免除について必要な事項を定めるものとする。

(検診の種類)

第2条 検診の種類は、次の表のとおりとする。

検 診 名	
胃がん検診	子宮がん検診
乳がん検診	肺がん検診
大腸がん検診	前立腺がん検診
骨粗しょう症検診	歯周病検診
胃がんリスク検査	

(免除対象者)

第3条 免除対象者は、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 当該年度に70歳以上になる者（ただし、肺がん（結核）検診については65歳以上になる者とする）
- (2) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護世帯に属する者
- (3) 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の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定による支援給付を受けている者
- (4) 市民税非課税世帯に属する者

(実施方法)

第4条 前条第2号から第4号に該当し、検診費用の免除を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、検診前にがん検診等費用免除申請書（様式第1号）に、免除対象者である旨を証する書類（以下「証明書類」という。）を添えて市長に提出することにより行うものとする。ただし、世帯の課税状況を千葉市が調査、照会することを世帯全員が同意し、承諾書を提出する場合は、証明書類の添付を省略することができる。

- 2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、審査の結果検診費用の免除を認める場合は、がん検診等受診券シールに「免除済」である旨を表示する。また、認めない場合はがん検診等費用免除申請却下通知書（様式第2号）を申請者に交付するものとする。
- 3 契約医療機関は、前条第1号及び前項の規定により、検診費用を免除されたものについては、検診費用を徴収できない。
- 4 市長は、前項の規定により、受診者の検診費用を免除した場合は、契約医療機関に対して、当該受診者分検診費用相当額を支払うものとする。

(委任)

第5条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、健康福祉部長が別に定める。

附 則

この要領は、平成22年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、平成 26 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要領は、平成 28 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要領は、平成 29 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要領は、令和 7 年 4 月 1 日より施行する。

がん検診等費用免除申請書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

千葉市がん検診等費用の免除を申請します。
また、世帯状況を確認することに同意します。

※太枠内を記載してください。

申請者 (受診者)	フリガナ		フリガナ	
	氏 名		世帯主 氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳		
	住 所	千葉市 区		
	連絡先	(携帯電話など平日、日中の連絡先) 電話番号 — —		
メールアドレス @				

- 1 この用紙は申請書ですので、医療機関に提出しても検診費用は無料になりません。
- 2 70 歳以上の方は、申請の必要はありません。
- 3 証明書類の添付を省略し、世帯の課税状況を千葉市が調査、照会することに同意する場合は裏面の承諾書に世帯全員の署名（自署）又は押印が必要です。詳しくは裏面をご覧ください。

千葉市記入欄			
免除番号		整理番号	
免除決定日		本人への 発行方法	窓口 ・ 郵送
証明書類	有（所得証明書 介護保険料決定通知書 生活保護受給証明書） 省略		

【受付】 月 日
健康支援課（窓口・郵便）
() 健康課

(裏面)

承 諾 書

この申請に対する免除の決定のため、私の今年度又は前年度の課税状況の情報について、市役所内関係機関に調査、照会することを承諾します。

《承諾にあたり、以下のことにご留意ください。》

- 1 調査、照会に時間を要するため、免除の決定には2週間以上かかる場合があります。
- 2 調査、照会の結果により、申請却下となることもあります。

※お子様を含む世帯全員の署名（自署）又は押印が必要です。

NO	フリガナ		生年月日
	氏 名 *自署の場合は押印不要		
1		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
2		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
3		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
4		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
5		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
6		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日

がん検診等費用免除申請却下通知書

住 所
氏 名

千葉市長

年 月 日付で受理しました、がん検診等費用免除申請につきましては、調査・照会の結果、申請却下となりましたのでお知らせいたします。

(却下理由)

(担当)
千葉市保健福祉局健康福祉部
健康支援課 検診班
電話 043-238-9930