

令和 年 月 日議決・専決

令和 8年 4月 1日施行

令和 8年 2月 27日公布

令和 年 月 日適用

佐用町告示第 号

令和8年佐用町要綱第6号

佐用町がん検診受診費用補助金交付要綱の一部を改正する要綱

佐用町がん検診受診費用補助金交付要綱の一部を改正する要綱をここに公布する。

令和 8年 2月 27日

佐用町長 江 見 秀 樹

佐用町要綱第6号

佐用町がん検診受診費用補助金交付要綱の一部を改正する要綱

佐用町がん検診受診費用補助金交付要綱（平成30年佐用町要綱第13号）の一部を次のように改正する。

別表喀痰検査の項を削る。

様式第1号中「

佐用町がん検診受診費用補助金交付申請書

次のとおり佐用町がん検診受診費用補助金の交付を受けたいので、佐用町がん検診受診費用補助金交付要綱第6条の規定により申請します。

年 月 日

佐用町長 様

申請者

住 所 佐用町 番地

氏 名

生年月日 年 月 日 (満 歳)

電話番号

記

1 補助金交付申請額 円

2 受診医療機関 病院

3 申請内容 (単位：円)

検診の種類	受診項目に「○」	補助金申請額	受診者負担額	検診費単価	町補助額	受診者負担額
肺部検診						
胃部検診						
喀痰検査						
PSA検査						
肝炎ウイルス検査	HBs抗原及びHCV抗体					
	HBs抗原のみ					
	HCV抗体のみ					
	HCV抗原検査					
	HCV核酸増幅検査					
計						

※ 肝炎ウイルス検査を これまでに町補助で受けた方は、補助の対象となりません。

」を「

佐用町がん検診受診費用補助金交付申請書

次のとおり佐用町がん検診受診費用補助金の交付を受けたいので、佐用町がん検診受診費用補助金交付要綱第6条の規定により申請します。

年 月 日

佐用町長 様

申請者

住 所 佐用町 番地

氏 名

生年月日 年 月 日 (満 歳)

電話番号

記

1 補助金交付申請額 _____ 円

2 受診医療機関 _____ 病院

3 申請内容 (単位：円)

検診の種類	受診項目に「○」	補助金申請額	受診者負担額	検診費用	町補助額	受診者負担額
肺部検診						
胃部検診						
PSA検査						
肝炎ウイルス検査	HBs抗原及びHCV抗体					
	HBs抗原のみ					
	HCV抗体のみ					
	HCV抗原検査					
	HCV核酸増幅検査					
計						

※ 肝炎ウイルス検査を これまでに町補助で受けた方は、補助の対象となりません。
」に改める。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。