

厚真町ピロリ菌感染検査の実施及びピロリ菌除菌費用の助成に関する要綱

改正 平成29年 9月20日

改正 平成30年 7月27日

改正 令和 2年 7月17日

改正 令和 3年 6月 1日

(目的)

第1条 この要綱は、胃がんを含め胃部疾患に深く関わっていることが実証されているピロリ菌の感染検査の実施及び除菌治療費用の一部を助成することにより、若い世代からの健康への意識付けを高め、母子感染及び成人の胃部有所見者の減少並びに胃がん罹患者及び死亡者を減少させることを目的とする。

(ピロリ菌感染検査対象者)

第2条 ピロリ菌感染検査（以下「検査」という。）の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当し、検査を希望する者とする。ただし、町長が特に認められた者は、この限りでない。

- (1) 検査を受ける時点で厚真町に住所を有する者
- (2) 年齢（年度末年齢をいう。以下同じ。）が20歳以上65歳以下の者

2 前項に規定する対象者のうち次の各号に掲げる者は検査の対象外とする。

- (1) 胃部症状のある者又は胃疾患により治療中の者
- (2) 過去にピロリ菌感染検査を受けたことのある者
- (3) 過去にピロリ菌除菌治療を行ったことのある者

(ピロリ菌除菌治療費用助成対象者)

第3条 ピロリ菌除菌治療費用助成の対象となる者は、次の各号のいずれかに該当し、ピロリ菌除菌治療を希望する者とする。

- (1) 第2条に該当する対象者が検査を受け、その結果が陽性判定であった者
- (2) この要綱施行前に第2条に該当する対象者が検査を受け、その結果が陽性判定であった者（陽性であることを証明できる者に限る。）

(3) 前2号のほか、町長が特に必要と認める者

(検査の方法)

第4条 検査は、次の各号に掲げる年齢に応じ当該各号に定められる方法とする。

(1) 年齢 40歳の者 住民健診時に併せて行われる集団検査

(2) 年齢20歳以上34歳以下の者で指定する期間に、検査の申込みをした者 町長が指定する医療機関（以下「委託医療機関」という。）での個別検査

2 前項以外の方法で検査を受けることを希望する場合は、任意の医療機関（委託医療機関を含む。）又は検査機関で行うものとする。

第5条 検査の方法は、次の各号に掲げる方法により行うものとする。

(1) 前条第1項による検査は、血中抗体（I g G）検査により行うものとする。

(2) 前条第2項による検査は、次のいずれかの方法により行うものとする。

ア 血中抗体（I g G）検査

イ 尿中抗体（Hピロリ抗体）検査

ウ 便中抗原検査

(検査結果の通知又は報告)

第6条 第4条第1項第1号に規定する集団検査の判定を依頼する検査機関（以下「委託検査機関」という。）又は委託医療機関は、第4条第1項各号により感染検査を受けた者の判定結果を書面により町長に報告するものとする。

2 町長は、前項の報告を受けたときは、検査を受けた者に対し速やかに結果を通知するものとする。

3 第4条第2項により検査を受けた者は、その判定結果を町長に報告するものとする。

(除菌治療の方法)

第7条 第4条により実施した検査の結果、ピロリ菌感染の陽性の判定を受け

た者で除菌治療を希望する者は、委託医療機関で除菌治療を受けるものとする。ただし、任意の医療機関若しくは検査機関で検査を受けた場合又は委託医療機関で検査を受けた者で特に理由のある場合は、委託医療機関以外で除菌治療を受けることができるものとする。

(検査の費用負担)

第8条 第4条第1項による検査に要する費用は、その全額を町が負担する
2 第4条第2項による検査に要する費用のうち次条で規定する助成額の上限を超える部分については、検査を受けた者の負担とする。

(検査の費用の一部助成)

第9条 前条第2項で規定する検査の費用の助成額の上限は、委託医療機関で実施する感染検査に要する費用とする。ただし、検査の費用が上限額を超えない場合は、その額とする。

(除菌治療の費用負担)

第10条 除菌治療を受ける者(以下、「被治療者」という。)は、第7条による除菌治療に要する費用(一次除菌治療、尿素呼気検査及び診断料の合計額をいう。以下同じ。)のうち、5,100円を負担するものとする。ただし、第7条による任意の医療機関若しくは検査機関で検査を受けた場合又は委託医療機関で検査を受けた者で、特に理由のある場合において、委託医療機関以外で除菌治療を受ける場合の除菌治療に要する費用が、当該年度において、町が委託医療機関に支払う委託料(以下この条において「委託料」という。)を超える場合は、被治療者は、当該費用から委託料を控除した金額を負担するものとする。

(除菌治療の費用の一部助成)

第11条 町長は、除菌治療に要する費用から前条で規定する自己負担額を控除した額を被治療者に助成するものとする。

2 前項の助成は、除菌治療が委託医療機関で行われた場合において、町長が委託医療機関に対し助成金に相当する額を支払うことで助成したものとみなす。

3 第1項の助成は、除菌治療が委託医療機関以外で行われた場合においては、第13条及び第14条で規定する方法により助成するものとする。

(検査に対する助成金の申請)

第12条 第9条で規定する助成を受けようとする者は、厚真町ピロリ菌感染検査費用助成申請書(様式第1号)に、次の各号に掲げる書類を添えて、町長に提出するものとする。

- (1) 検査結果が確認できる検査実施機関が発行した書類
- (2) 検査の費用が分かる領収書(医療機関の領収印のあるものに限る。以下同じ。)の写し

(除菌治療に対する助成金の申請)

第13条 第11条第3項で規定する助成を受けようとする者は、厚真町ピロリ菌除菌治療費用助成申請書(様式第2号)に次の各号に掲げる書類を添えて、町長に提出するものとする。

- (1) 除菌治療結果が確認できる書類
- (2) 除菌治療に要した費用がわかる領収書の写し

(助成額の決定及び支払)

第14条 町長は、第12条又は第13条の助成申請があった場合は、その内容を速やかに審査し、適当と認めるときは、厚真町ピロリ菌感染検査費用・ピロリ菌除菌治療費用助成金交付決定書(様式第3号)を交付するものとする。

2 町長は、前項の交付決定書を交付した日から30日以内に助成金を支払うものとする。

(町負担額の支払)

第15条 第8条第1項及び第11条第2項で規定する町が負担又は助成する額の請求が、委託医療機関又は委託検査機関からあった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、請求書を受理した日から30日以内に支払うものとする。

(助成金の返還)

第16条 町長は、偽りその他不正の行為により助成を受けた者があるときは、当該助成を受けた額の全部又は一部を返還させ又は徴収することができる。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

この要綱は、平成29年9月20日から施行する。

この要綱は、平成30年7月27日から施行する。

この要綱は、令和2年7月17日から施行する。

この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

様式第1号（第12条関係）

厚真町ピロリ菌感染検査費用助成申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町

氏 名 印

記

1 ピロリ菌感染検査を受けた者

住所	厚真町			生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)
氏名		性別	男・女	年齢	

2 検査費用 _____ 円

【検査方法：ア：血中抗体（I g G） イ：尿中抗体（Hピロリ抗体） ウ：便中抗原検査】

※イ・ウの検査により疑陽性となり確定検査を受けた場合の検査費用は含まない。

検査実施医療機関 _____

委託医療機関以外で検査した理由：

上記費用にかかる助成金を、次の口座に振り込みしてください。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫・信用組合			支店
預金種別	普通・当座・()	フリガナ 口座名義人	()	
口座番号				

以下は記入しないでください

受付年月日	
交付金額	円

様式第2号（第13条関係）

厚真町ピロリ菌除菌治療費用助成申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町

氏 名 印

記

1 ピロリ菌除菌治療を受けた者

住所	厚真町			生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)
氏名		性別	男・女	年齢	

2 ピロリ菌除菌治療費用

・一次除菌費用 _____ 円

【除菌検査期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日】

・除菌確認検査費用 _____ 円

【除菌検査実施日：令和 年 月 日】【検査結果：除菌完了 除菌未完了】

除菌治療医療機関 _____

委託医療機関以外で除菌治療した理由：

上記費用にかかる助成金を、次の口座に振り込みしてください。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫・信用組合 支店		
預金種別	普通・当座・()	フリガナ 口座名義人	()
口座番号			

以下は記入しないでください

受付年月日	
交付金額	円

様式第3号（第14条関係）

厚真町ピロリ菌感染検査費用・ピロリ菌除菌治療費用助成金
交付決定書

年 月 日

様

厚真町長 印

年 月 日付で申請のありましたピロリ菌感染検査費用・ピロリ菌除菌治療費用助成金の交付について、次のとおり交付することに決定したので、通知します。ただし、下記の事項を守って下さい。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 支払方法 申請者が指定する口座に振り込みます
- 3 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この助成金の交付決定の全部又は一部を取り消し、当該取り消しに係る部分に関して既に交付された助成金があるときは、その返還を命ずることがあります。

厚真町ピロリ菌感染検査事前申込書

年 月 日

厚真町長 様

申請者住 所 厚真町

氏 名 印

生年月日 S・H 年 月 日（ ）歳

厚真町ピロリ菌感染検査実施要綱第4条第1項により、次のとおり申請します。なお、私はこの申込みに基づく検査利用券の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、関係機関等に町が照会することに同意します。

検査機関	医療法人社団 健厚会 あつまクリニック
検査実施予定	令和 年 月 日
支払額	880円（※自己負担なし）
ピロリ菌除菌歴	なし ・ あり

様式第1号（第5条関係）

厚真町ピロリ菌感染検査利用券

利用券番号	号
-------	---

受 診 者	氏名	男・女
	生年月日	S・H 年 月 日（ ）歳
	住所	
検査機関	医療法人社団 健厚会 あつまクリニック	
検査期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
補助金額	880円	
検査方法	血中抗体（I g G）検査	
備考		

上記のとおり交付します。

令和 年 月 日

厚真町長 宮坂 尚市朗 印

※この利用券は、検査の際に必ず検査機関に提出してください。

様式第2号（第10条関係）

厚真町ピロリ菌除菌費用助成券

助成券番号	号
-------	---

※この助成券は、除菌実施の際に必ずあつまクリニックに提出してください。

受 診 者	氏名	男・女
	生年月日	S・H 年 月 日 () 歳
	住所	厚真町
除菌実施機関	医療法人社団 健厚会 あつまクリニック	
助成費用	12,313円	
自己負担額	5,100円	
除菌治療方法	医師の指示に基づく内服治療	
除菌確認方法	尿素呼気検査	
助成券有効期限	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ※有効期限内に除菌治療および除菌確認検査を終了してください	

上記のとおり交付します。

令和 年 月 日

厚真町長 宮坂 尚市朗 印

※以下は記入しないでください。

除菌期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
除菌結果	・除菌完了 ・除菌未完了 →今後の治療方針 ・2次除菌 ・特になし ・その他 ()
備考	

上記のとおり結果を報告します

令和 年 月 日

医療法人社団 健厚会 あつまクリニック

理事長 石間 巧

厚真町ピロリ菌除菌治療費用助成券交付申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町
氏 名
電話番号

ピロリ菌除菌治療を受診したいので、厚真町ピロリ菌感染検査の実施及びピロリ菌除菌費用の助成に関する要綱の規定により、下記事項を了承のうえ、申請します。

※申請締切日：令和 年 月 日

1. 受診者

氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
住 所	厚真町
除菌治療機関	医療法人社団 健厚会 あつまクリニック
除菌治療予定日	令和 年 月 日～
ピロリ菌除菌歴	なし ・ あり

2. 受取代理等について

私は、医療法人社団 健厚会 あつまクリニックをピロリ菌感染検査利用券の受取代理機関と定め、厚真町への同補助金の請求および受料に関する権限を委任します。また、同除菌治療結果が厚真町へ提出されることに同意します。

氏 名 印

3. 除菌効果と副作用について

■除菌効果■

ピロリ菌の除菌は、胃酸分泌を抑制する薬、細菌の発育を抑える薬、ピロリ菌に対しての抗菌作用を高める薬の3種類を朝・夕食後に1週間服薬します。服用しても全ての人が除菌できるわけではありません。

■副作用■

主な副作用は、除菌中に下痢をしたり、腹痛や味覚障害がでることです。いずれも一時的な症状で長くても2～3日で治まります。まれにアレルギー反応で発熱やじんましんが起こったり、除菌後に逆流性食道炎が起こることもあります。

※以下は記入しないでください

受付月日： 月 日	交付月日： 月 日	助成券番号：
-----------	-----------	--------

