

横浜市がん対策推進企業助成金交付要綱

制 定 令和 7 年 4 月 17 日 医が第 127 号（局長決裁）
最近改正 令和 7 年 8 月 22 日 医が第 694 号（局長決裁）

（目的）

- 第 1 条 この要綱は、市内企業のがん検診受診促進に向けた取組やがん治療と仕事の両立支援に対する助成を通じて、がんの早期発見・早期治療に繋げ、がんになり患った従業員の就労継続を支援し、企業の人材確保及び従業員の雇用不安の解消することを目的とする。
- 2 本助成金については、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成 17 年 11 月横浜市規則第 139 号。以下「補助金規則」という。）に定めがあるもののほか、この要綱の定めるところによる。

（助成対象者）

- 第 2 条 この要綱における助成対象者は、次の各号全てに該当する法人とする。
- (1) 本店または本社が横浜市内に所在すること。
 - (2) 横浜市内の事業場に「衛生管理者」又は「安全衛生推進者（衛生推進者）」を選任していること。
 - (3) 会社法に定める法人、一般社団法人、一般財団法人、医療法人、社会福祉法人、学校法人、法人税法（昭和 40 年法律第 34 号）別表第 2 の「公益法人等」に該当（法人税法その他法人税に関する法令の規定の適用について「公益法人等」とみなす特定非営利活動法人を含む。）、又は別表第 3 の「協同組合等」に該当するもの、労働者協同組合法（令和 2 年法律第 78 号）に規定する労働者協同組合（ただし、法人税法別表 2 の「公益法人等」に該当するもの及び同法別表 3 の「協同組合等」に該当するものを除く。）であること。
- 2 前項に定める者のうち、次の各号に該当する者は、対象外とする。
- (1) 暴力団（横浜市暴力団排除条例（平成 23 年横浜市条例第 51 号。以下「条例」という。）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。）
 - (2) 代表者又は役員の中に暴力団員（条例第 2 条第 3 号に規定する暴力団員をいう。）に該当する者があるもの
 - (3) 風俗営業等の規則及び業務の適正化等に関する法律（昭和 23 年法律第 122 号）第 3 条第 1 項の適用を受けた飲食店（公序良俗に反するなど社会的に批判を受けるおそれがあるものに限る。）及び同法第 2 条第 5 項に定める性風俗関連特殊営業を営むもの
 - (4) 宗教法人
 - (5) 公序良俗に反する等のその他市長が適当でないと認める者

（助成対象事業）

- 第 3 条 この要綱における助成対象事業は、次の第 1 号、第 2 号とする。
- (1) 従業員のがん検診受診のための有給休暇やがん等の治療と仕事の両立支援を目的とした就業規則の改正（以下「就業規則改正コース」という。）
 - (2) がん検診受診費用の一部負担または定期健康診断へのがん検診検査項目の追加（以下「職域がん検診受診推進コース」という。）
- 2 助成金の交付を受けようとする者は必ず就業規則改正コースの申請を行わなければならない。
- 3 助成対象事業は申請年度内に実施しなければならない。

（助成金額）

- 第 4 条 助成金の額は、前条第 1 項第 1 号、第 2 号につき各 5 万円とし、10 万円を上限とする。
- 2 助成金の交付は、当該年度の予算の範囲内において行うものとする。
- 3 同一の助成対象者が、本助成金の交付を受けることができる回数は 1 年度において 1 回までとする。

（交付の申請）

- 第 5 条 補助金規則第 5 条第 1 項の規定により市長が定める提出期日は、助成対象事業実施前とする。
- 2 補助金規則第 5 条第 1 項の規定により助成金の交付を受けようとする者は、横浜市がん対策推進企業助成金交付申請書（第 1 号様式）に第 1 号様式別表 1 及び横浜市内事業場で従事する衛生管理者の衛生管理者免許証の写し、又は安全衛生推進者（衛生推進者）を選任していることが分かる書類等の写しを添えて市長に申請する。

- 3 職域がん検診受診推進コースの申請は就業規則改正コースの申請と同時にしなければならない、申請する場合は第1号様式別表2を提出する。
- 4 第2項及び第3項については横浜市電子申請・届出システムによって行うことができる。
- 5 補助金規則第5条第3項の規定により市長が補助金交付申請書への添付を省略させることができる書類は、補助金規則第5条第2項第2号から第4号に定める書類とする。
- 6 第6条の交付決定を受けた対象者は交付決定を受けた翌年度から5年間は新たな申請ができない。

(審査)

第6条 前条による申請があったときは書面による審査を行うものとする。

- 2 申請内容について資料の追加等が必要と判断した場合は、申請者に資料の追加等を求めることができる。

(交付決定兼通知等)

第7条 市長は審査の結果を踏まえ、補助金規則第8条の規定による助成金交付決定の通知は、横浜市がん対策推進企業助成金交付決定通知書（第2号様式）により、申請者に通知する。

- 2 補助金規則第6条第3項の規定による助成金を交付しない旨の決定の通知は、横浜市がん対策推進企業助成金不交付決定通知書（第3号様式）により、申請者に通知する。

(交付の申請に係る事項の変更等)

第8条 交付決定通知を受けた助成対象事業者が、補助金規則第7条第1項第1号及び第2号の規定により本要綱第5条に掲げる事項の変更、又は補助事業の中止、廃止をしようとする場合は、横浜市がん対策推進企業助成金変更・中止・廃止届出（第4号様式）を市長に提出しなければならない。

(実績報告)

第9条 補助金規則第14条第1項の規定により助成対象者が市長への報告に用いる書類は、横浜市がん対策推進企業助成金実施状況報告書（第5号様式）とし、第3条の対象事業が完了後60日以内又は翌年度4月末日のいずれか早い日までに、市長に提出するものとする。

- 2 補助金規則第14条第5項第1号は適用しない。
- 3 補助金規則第14条第4項の規定により、市長が実績報告書への添付又は記載を省略させることができる事項及び書類は、同規則第14条第1項第2号及び第3号に定めた書類とする。

(助成金額の確定通知)

第10条 補助金規則第15条の規定による助成金確定の通知は横浜市がん対策推進企業助成金確定通知書（第6号様式）により行うものとする。

(助成金交付の請求)

第11条 助成金額確定通知書を受けた助成対象者が、助成金の交付を受けようとするときは、横浜市がん対策推進企業助成金交付請求書（第7号様式）により行うものとする。

- 2 市長は、前項の規定による適法な請求書を受理した日から30日以内に助成金を交付するものとする。
- 3 第1項については押印がある場合を除き横浜市電子申請・届出システムによって行うこともできる。

(交付決定の取消し又は助成金の返還)

第12条 市長は、交付対象者より次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。この場合において、市長は既に交付した助成金の全部又は一部の返還を命ずるものとする。

- (1) 助成対象者が助成金の交付前に本社または本店を市外に移転したとき。
- (2) 助成対象者が助成金の交付前に倒産したとき。
- (3) 第2条第2項に該当するとき。
- (4) 助成金の交付条件に違反したとき。
- (5) 第8条に規定する交付の申請に係る事項の変更等を行ったとき。
- (6) 偽りその他不正な手段によって助成金の交付決定を受けたとき。
- (7) 公序良俗に反する行為があると認められるとき。
- (8) 日本の法令等または交付決定内容等に違反したとき。
- 2 前項の各規定は第10条の助成金の交付額の確定後においても適用があるものとする。
- 3 市長は、交付決定を取り消すときは、横浜市がん対策推進企業助成金交付決定取消し及び返還通知書（第8号様式）により申請者に通知する。

4 助成対象者は、助成金の返還を命じられたときは、横浜市がん対策推進企業助成金交付決定取消し及び返還通知書（第8号様式）により通知された期日までに返還しなければならない。

（暴力団排除の確認）

第13条 市長は必要に応じ申請者または交付対象者の、第2条第2項第1号から第2号までの該当の有無について神奈川県警察本部長に対して確認を行うことができる。

（電子メールによる書類の提出）

第14条 助成対象者は提出書類について、押印がある場合を除き書面での提出に代えて電子メールで提出することができる。

（関係書類の保存期間）

第15条 補助金規則第26条の規定により市長が定める関係書類の保存期間は、5年とする。

（委任）

第16条 この要綱に定めるもののほか、この実施に関し必要な事項は、医療局長が定める。

附則

この要綱は、令和7年7月14日から施行する。

附則

この要綱は、令和7年8月22日から施行する。

横浜市長

所在地
名 称（企業名又は団体名）
代表者職氏名

横浜市がん対策推進企業助成金交付申請書

横浜市がん対策推進企業助成金の交付について、次のとおり申請します。なお、助成金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市がん対策推進企業助成金交付要綱を遵守します。

1 実施事業及び交付申請額

円

| 申請 | 事業名 | 交付金額 | 添付書類 |
|----|---------------|----------|--|
| | 就業規則改正コース | 50,000 円 | ・就業規則改正計画書 （第1号様式別表1） ・（法人番号がない場合）会社概要が分かる資料 |
| | 職域がん検診受診推進コース | 50,000 円 | ・職域がん検診受診推進計画書（第1号様式別表2） |

※職域がん検診受診推進コースを申請する場合は、就業規則改正コースと同時に申請してください。職域がん検診受診推進コースは、就業規則改正コースの受給が決定した場合に受理されます。

2 申請者

(1) 概要

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 法人番号 | |
| 名称 | |
| 所在地 | |
| 衛生管理者又は安全衛生推進者（衛生推進者） | 氏名 選任日 年 月 日 在籍事業場 |

※法人番号がない場合は企業・団体の概要が分かる資料を添付してください。（従業員の氏名等の個人情報は不要です。）

※衛生管理者免許証の写し又は安全衛生推進者（衛生推進者）を選任していることが分かる書類等の写しを添付してください。複数の衛生管理者又は安全衛生推進者（衛生推進者）を選任している場合はそのうち1名について記載してください。

(2) 本申請に係る連絡先

| | | | |
|------|--|---------|--|
| 所属 | | 担当者名 | |
| 電話番号 | | メールアドレス | |

3 同意事項（同意いただけない場合、本助成を受けることはできません）

横浜市のホームページ等で好事例として紹介することについて同意します。

就業規則改正計画書

就業規則について、下記項目のうち策定予定の項目を1つ以上選んでチェックを入れてください。また、全項目について現状策定済みであるか、未策定であるかチェックを入れてください

なお、①②両方を達成することが助成要件です。

- ①「2希望者への治療と仕事の両立支援プラン作成部署・相談窓口の設置」の規定を策定済みであるか、新たに策定すること（策定済の項目を改正した場合は助成対象外）
 ②「2プラン作成部署・相談窓口の設置」以外の項目を1つ以上新たに策定すること

名称（企業名又は団体名）

| 項目 | | 申請項目 | 現状 | |
|----|--------------------------------------|--|--|--|
| | | 策定予定 | 策定済 | 未策定 |
| 1 | がん検診の受診 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 希望者への治療と仕事の両立支援プラン作成部署・相談窓口の設置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 私傷病による休職・復職制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 時差出勤制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | フレックスタイム制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 短時間勤務制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 短時間正社員制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | テレワーク制度（在宅勤務 / サテライトオフィス勤務 / モバイル勤務） | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9 | 失効年次有給休暇付与制度（失効年次有給休暇積立制度） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 時間単位・半日単位の年次有給休暇制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 病気休暇・（私）傷病休暇・治療休暇制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 試し出勤制度・リハビリ勤務制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 再雇用制度/カムバック制度/ジョブ・リターン制度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 健康情報の取扱い | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

職域がん検診受診推進計画書

職域がん検診受診推進コースは、職域におけるがん検診を新たに開始する場合だけでなく、既にがん検診を実施している場合も、検診項目を追加する場合は助成対象となります。

名称（企業名又は団体名）

| 申請年度以前の取組 | 申請年度に新たに開始する取組 |
|---|---|
| 該当する項目にチェックを入れてください | 新たに開始する項目にチェックを入れてください |
| ① 従業員のがん検診受診費用の一部負担 | ① 従業員のがん検診受診費用の一部負担 |
| <div><input type="checkbox"/> 胃（X線または内視鏡）</div> | <div><input type="checkbox"/> 胃（X線または内視鏡）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 肺（X線）</div> | <div><input type="checkbox"/> 肺（X線）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 大腸（便潜血）</div> | <div><input type="checkbox"/> 大腸（便潜血）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 乳（マンモグラフィー）</div> | <div><input type="checkbox"/> 乳（マンモグラフィー）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 子宮頸（HPV検査単独法または細胞診）</div> | <div><input type="checkbox"/> 子宮頸（HPV検査単独法または細胞診）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 該当なし</div> | <div><input type="checkbox"/> 該当なし</div> |
| ② 定期健康診断にがん検診の検査項目を追加 | ② 定期健康診断にがん検診の検査項目を追加 |
| <div><input type="checkbox"/> 胃（X線または内視鏡）</div> | <div><input type="checkbox"/> 胃（X線または内視鏡）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 肺（X線）</div> | <div><input type="checkbox"/> 肺（X線）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 大腸（便潜血）</div> | <div><input type="checkbox"/> 大腸（便潜血）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 乳（マンモグラフィー）</div> | <div><input type="checkbox"/> 乳（マンモグラフィー）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 子宮頸（HPV検査単独法または細胞診）</div> | <div><input type="checkbox"/> 子宮頸（HPV検査単独法または細胞診）</div> |
| <div><input type="checkbox"/> 該当なし</div> | <div><input type="checkbox"/> 該当なし</div> |
| | 上記以外の検査方法は助成対象外です |

第 号
年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金交付決定通知書

様

横 浜 市 長 印

令和 年 月 日に申請のありました横浜市がん対策推進企業助成金について、次のとおり交付します。

1 助成金額 金 _____ 円

2 交 付 方 法 助成金額の確定後、適法な請求書を受理した日から
30日以内に支払います。

2 交付条件

(1) 横浜市がん対策推進企業助成金実施状況報告書（第 5 号様式）は、横浜市がん対策推進企業助成金交付要綱第 3 条の対象事業完了後 60 日以内又は翌年度 4 月末日のいずれか早い日までに提出してください。

(2) 次のいずれかに該当すると認めたときは、助成金の交付決定を取り消し、又は既に交付した助成金の全部若しくは一部の返還を求めます。

ア 交付対象外の要件に該当するとき。

イ 交付決定の取消の要件に該当したとき。

ウ 虚偽の申請または不正な手段により補助金の交付を受けようとしたとき、または受けたとき。

エ 法令、条例、補助金規則、この要綱またはこれらに基づき市長が行った指示に違反したとき。

オ その他補助金を交付することが適当でないと認められる事由発生したとき。

(3) この助成金の使途について、必要があると認められるときは、調査を行うことがあります。

担 当
連絡先

第 号
年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金不交付決定通知書

様

横 浜 市 長 印

令和 年 月 日に申請のありました横浜市がん対策推進企業助成金
については、次の理由により、不交付とします。

理 由

担 当
連絡先

第4号様式（第8条関係）

年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金変更・中止・廃止届

（届出先）

横 浜 市 長

所在地

名称（企業名又は団体名）

代表者職氏名

印

横浜市がん対策推進企業助成金交付要綱第9条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届出します。

1 対 象 経 費

2 申 出 区 分 （該当するものに○をつけてください。）

変 更 ・ 中 止 ・ 廃 止

3 理 由

4 添 付 書 類

対象となる交付決定通知書の写し

事務担当

所属・氏名

電話番号

年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金事業実施状況報告書

（報告先）
横 浜 市 長

所在地
名称（企業名又は団体名）
代表者氏名

年 月 日第 号で交付決定を受けた事業の実施状況について、次のとおり報告
します。

1 実施状況報告書
(1) 就業規則改正実績報告書

| | 項目 | 策定 | 就業規則該当箇所 |
|----|---|----|----------|
| 1 | がん検診の受診（対象者・受診項目・受診時間の取扱い） | | |
| 2 | 希望者への治療と仕事の両立支援プラン作成・相談窓口 の設置 | | |
| 3 | 私傷病による休職・復職制度 | | |
| 4 | 時差出勤制度 | | |
| 5 | フレックスタイム制度 | | |
| 6 | 短時間勤務制度 | | |
| 7 | 短時間正社員制度 | | |
| 8 | テレワーク制度（在宅勤務 / サテライトオフィス勤務 / モバイル勤務） | | |
| 9 | 失効年次有給休暇付与制度（失効年次有給休暇積立制度） | | |
| 10 | 時間単位・半日単位の年次有給休暇制度 | | |
| 11 | 病期休暇・（私）傷病休暇・治療休暇制度 | | |
| 12 | 試し出勤制度・リハビリ勤務制度 | | |
| 13 | 再雇用制度/カムバック制度/ジョブ・リターン制度 | | |
| 14 | 健康情報の取扱い | | |

(2) 職域がん検診受診推進実績報告

①従業員のがん検診受診費用の一部負担

| | |
|--|---------------------|
| | 胃（X線または内視鏡） |
| | 肺（X線） |
| | 大腸（便潜血） |
| | 乳（マンモグラフィー） |
| | 子宮頸（HPV検査単独法または細胞診） |

②定期健康診断にがん検診の検査項目を追加

| | |
|--|---------------------|
| | 胃（X線または内視鏡） |
| | 肺（X線） |
| | 大腸（便潜血） |
| | 乳（マンモグラフィー） |
| | 子宮頸（HPV検査単独法または細胞診） |

2 添付書類

- (1) 労働基準監督署に提出した就業規則及び変更届の写し
- (2) 就業規則の新旧対照表（就業規則・規程の附則に追加箇所が記載されている場合は省略可）
- (3) がん検診受診に関する医療機関との契約書、社内制度が分かる書類、受診実績の分かる書類等の従業員のがん検診の受診費用負担または健康診断によるがん検診の実施が分かる書類

事務担当

所属・氏名

電話番号

第 6 号様式（第10条関係）

第 号
年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金確定通知書

様

横 浜 市 長

印

年 月 日に実施状況報告のありました横浜市がん対策推進企業助成金について、助成金額を確定しましたので、通知します。

助 成 金 額 金 円

担 当
連絡先

年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金請求書

（請求先）
横 浜 市 長

所 在 地
名称（企業名又は団体名）
代表者職氏名

年 月 日 第 号により交付決定を受けた横浜市がん対策推進企業助成金について、次のとおり請求します。

1 請求金額

金 円

2 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

| | |
|----------|------------|
| フリガナ | |
| 口座名義 | |
| 振込先金融機関等 | |
| 種目・口座番号 | 普通／当座 口座番号 |

（請求者と口座名義人が異なる場合のみ記名・押印してください）

上記口座にお振込みください

所在地
法人名又は団体名
代表者職氏名 印

3 留意事項

請求委任や受領委任を行わない場合は請求書の押印を省略できます。

事務担当
所属・氏名
電話番号

第 号
年 月 日

横浜市がん対策推進企業助成金交付決定取消し及び返還通知書

様

横 浜 市 長 印

交付を決定した横浜市がん対策推進企業助成金について、横浜市がん対策推進企業助成金交付要綱第12条第3項に基づき、次のとおり助成金交付決定を取り消します。助成金交付後の場合は返還していただくことを通知します。

1 助成金交付の取消理由

2 助成金交付決定取消金額または返還金額

_____円

3 返還期日（助成金交付後の場合のみ記載）

_____年 月 日

担 当
連絡先