

東かがわ市告示第48号

東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱を次のように定める。

令和6年3月28日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、化学療法又は放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除等の治療を受けたがん患者に対し、がん治療による外見変貌を補完する補整具（以下「補整具」という。）の購入費用の一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2条 この要綱による補助の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第5条の規定に基づく申請の日において、東かがわ市に住所を有する者
- (2) がんの治療（手術、薬物治療及び放射線治療をいう。以下同じ。）を受けた者又は現に受けている者
- (3) 第5条の規定に基づく申請を行う補整具に対して、他の助成金等（香川県がん患者医療用補整具助成事業補助金（以下「県補助金」という。）を除く。）の交付を受けていない者

(補助対象経費)

第3条 補助の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、次に掲げる補整具の購入費用とする。

- (1) 医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネット
- (2) 胸部補整具（補整下着、人工乳房等）

(補助金の額等)

第4条 補助金の額は、補助対象経費の額に3分の2を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とし、2万円を上限とする。ただし、県補助金を受けた者については、補助対象経費の額に3分の1を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とし、1万円を上限とする。

2 補助金の交付は、補助対象者1人につき、前条各号に掲げる補整具ごとに1回限りとする。

(交付申請)

第5条 補助金の交付を申請しようとする者は、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し
- (2) 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(交付の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、交付の可否を決定し、その結果を東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付・不交付決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定による交付決定をした日から、30日以内に補助金を交付する。

(補助金の返還)

第7条 市長は、虚偽その他の不正な手段により補助金の交付を受けた者に対して、補助金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行し、令和5年4月1日以降に購入した補整具について適用する。

(表)

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

東かがわ市長 様

東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼請求書

東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

申請者	<input type="checkbox"/> 補助対象者と同じ <input type="checkbox"/> 私、補助対象者は、下記の者を代理人として、がん患者医療用補整具購入費用補助金交付事業補助金の（申請及び請求・受領）手続を委任します。 補助対象者（自署） _____				
	代理人	住所			
		フリガナ		補助対象者との関係	
		氏名			
	生年月日	年 月 日	連絡先 (TEL)		
補助対象者	補助金の交付申請に当たり、東かがわ市が住民登録及び他の補助金等を受けていないこと等について関係機関に照会し、確認することに同意します。				
	住所	〒 東かがわ市			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	連絡先 (TEL)		
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	補整下着等の胸部補整具		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	ア (税込) 円	エ (税込) 円		
	購入費用の2/3の額	イ (アの2/3の額、1,000円未満切捨て) 円	オ (エの2/3の額、1,000円未満切捨て) 円		
	補助基準額	ウ (イ又は20,000円の低い方の額) 円	カ (オ又は20,000円の低い方の額) 円		
交付申請(請求)額		(ウとカの合計額) 円			
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 (個人番号カード、運転免許証の写し等) <input type="checkbox"/> その他 ()			

【裏面もご記入ください】

(裏)

下記の口座に振込みを請求します。

金融機関名		支店名	
口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通		2.当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

※ 口座名義人は補助対象者又は申請者に限ります。

○振込先口座番号が確認できる書類（通常は通帳の表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--

年 月 日

様

東かがわ市長



東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付・不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった補助金の交付については、次のとおり決定したので、東かがわ市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

1 決定区分	交付 ・ 不交付
2 交付決定額	内訳 医療用ウィッグ 補整下着等の胸部補助具 円 円 円
3 不交付の理由	
4 交付条件	偽りその他不正の行為により補助金の交付を受けた場合は、この交付決定を取消し、すでに交付した補助金があるときは、その全額又は一部の返還を求めます。

