

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、氷見市補助金等交付規則（昭和44年氷見市規則第12号）第22条の規定に基づき、氷見市がん患者補正具購入費用助成金（以下「助成金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(助成金の交付)

第2条 市長は、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、生活の質の向上及び就労支援や社会参加を促進するため、がん治療による外見の変化を補うためのウィッグ又は乳房補正具（以下「補正具」という。）の購入費用に対し、予算の範囲内において助成金を交付する。

(交付対象者)

第3条 助成金の交付対象者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 申請日において、市内に住所を有していること。
- (2) 本人及び同一世帯家族に市税の滞納がないこと。
- (3) がんと診断され、がん治療を受けた者又は現に受けている者であること。
- (4) がん治療に伴い脱毛又は乳房を切除し、補正具を購入していること。

(助成金の対象経費)

第4条 助成金の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、次に掲げる補正具の購入に係る費用（当該購入にかかる消費税及び地方消費税を含む。）とし、本体価格に含まれない付属品やケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）の購入に要した経費、交通費及び郵送費等は対象外とする。

区分	要件
ウィッグ等	がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ（全頭用であるものであって装着時に皮膚を保護するネットを含む。）及び毛付き帽子
乳房補正具	手術による乳房の変化に対応するための補正下着、補正パッド及び人工乳房（乳房再建術によって体内に埋め込まれたものを除く。）

2 前項の規定にかかわらず、他の制度により補正具の購入費用の助成を受けている場合にあつては、当該助成を受けた部分については、この要綱による助成の対象としない。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、別表の補正具の区分ごとに、助成対象経費の額に応じて算定するものとする。

(助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、補正具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書（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) がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類（化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等）
- (2) 補正具の購入に係る領収書（購入者の氏名、購入日、購入金額及び商品がわかるもの）

2 前項の規定による申請は、対象者1人につき、別表に掲げる補正具の区分ごとに年度あたり1回に

限り行うことができるものとする。

- 3 対象者が未成年の場合は、その保護者が当該対象者に代わり第1項の規定による申請を行うものとする。この場合において、申請者は、第3条第1号及び第2号に掲げる要件を満たすものとする。

(交付の決定等)

第7条 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、助成の要件を満たしていると認めるときは、氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付決定及び確定通知書（様式第2号）により、当該申請者に通知し、要件を満たしていないと認めるときは、氷見市がん患者補正具購入費用助成金不交付決定通知書（様式第3号）により、却下理由を付して当該申請者に通知するものとする。

- 2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者からすでに交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

- 2 市長は、前項の規定により助成金を返還させるときは、その者に対してその理由を示さなければならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行し、同日以降に購入した補正具について適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年10月1日から施行する。
- 2 令和6年4月1日から令和6年9月30日の間に交付決定を受けた者についても適用する。
- 3 令和6年4月1日から令和6年9月30日の間に当該助成金の交付決定を受けた者で、交付決定を受けた助成金の額と、別表に基づき算定した助成金の額との差額を申請しようとする者は、令和7年3月31日までに別に定める様式で市長に提出しなければならない。この場合において、当該申請は第6条第2項にいう1回に含めるものとする。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表（第5条関係）

補正具の区分	助成対象経費の額	助成金の額
ウィッグ等	40,000 円未満	次の（１）と（２）の合計額とする。 （１）購入費用の額に2分の1を乗じて得た額（ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額） （２）（１）の額に2分の1を乗じて得た額
	40,000 円～59,999 円	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額）に10,000 円を加算した額
	60,000 円以上	40,000 円
乳房補正具 （左側）	20,000 円未満	次の（１）と（２）の合計額とする。 （１）購入費用の額に2分の1を乗じて得た額（ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額） （２）（１）の額に2分の1を乗じて得た額
	20,000 円～39,999 円	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額）に5,000 円を加算した額
	40,000 円以上	25,000 円
乳房補正具 （右側）	20,000 円未満	次の（１）と（２）の合計額とする。 （１）購入費用の額に2分の1を乗じて得た額（ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額） （２）（１）の額に2分の1を乗じて得た額
	20,000 円～39,999 円	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（ただし、1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額）に5,000 円を加算した額
	40,000 円以上	25,000 円

様式第1号（第6条関係）

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書

年 月 日

氷見市長 あて

申請者 下

住所

氏名 (続柄)

電話番号 (日中連絡がとれる番号)

(対象者が未成年の場合、保護者が申請してください。)

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、次のことについて同意します。

市が医療機関・購入先に対し、治療内容・購入内容を照会すること。

本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、市税等の納税状況について税務関係課から報告を求めること。

対象者	フリガナ				生年月日 (申請時における年齢)	
	氏名				年 月 日 (歳)	
	住所 ※1	〒 電話番号				
がんの治療状況		医療機関名				
		治療方法	放射線・薬剤・手術・その他 ()			
助成対象経費	補正具の区分	ウィッグ等	乳房補正具 (左側)	乳房補正具 (右側)		
	補正具の種類	<input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input type="checkbox"/> 保護用ネット <small>□</small> 毛付き帽子	<input type="checkbox"/> 補正パット <small>□</small> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 固定用補正下着	<input type="checkbox"/> 補正パット <small>□</small> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 固定用補正下着		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	助成対象経費の額 (A) ※2	(税込) 円	(税込) 円	(税込) 円		
	助成金の額 ※3	(A)の区分	40,000円未満	20,000円未満	20,000円未満	
		(A) × 1/2 = (B) (1,000円未満切捨)	(B) + (C) ① 円	(B) + (C) ② 円	(B) + (C) ③ 円	
		(B) × 1/2 = (C)				
		(A)の区分	40,000～59,999円	20,000～39,999円	20,000～39,999円	
		(A) × 1/2 = (D) (1,000円未満切捨)	(D) + 10,000円 ③ 円	(D) + 5,000円 ④ 円	(D) + 5,000円 ⑥ 円	
		(A)の区分	60,000円以上	40,000円以上	40,000円以上	
(助成限度額)	⑦ 40,000円	⑧ 25,000円	⑨ 25,000円			
申請額 (①～⑨の合計額)		円				
振込先	金融機関等	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店・本店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号 (左詰め)			
	口座名義 (申請者名義)	(カナ)	(漢字)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 がんの治療を受けた又は受けていることを証明する書類 (放射線療法・薬物療法・手術に関する説明書、診断書、診療明細書、治療方針計画書等) の写し等 <input type="checkbox"/> 2 助成対象補正具の購入に係る領収書等の書類 (購入日、購入金額、金額内訳、宛名としての申請者の氏名、領収書の発行者名及び購入した補正具の品名が記載されているもの) の写し等 <input type="checkbox"/> 3 振込先の口座情報が確認できるものの写し					

※1 申請者と対象者の住所と電話番号が同一の場合は省略できます。

※2 同種の他の助成金等を受けている場合は、その助成金等の額を差し引いた額をご記入ください。

※3 該当する欄に算出した額をご記入ください。

受理NO. ()

市 記 入 欄	審査内容			
	審査項目	可否	確認内容	確認書類
1	申請者	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 保護者	申請書
2	住所確認	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	申請日において市内に住所を有する	住民基本台帳 (確認日 /)
3	治療確認	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	がんと診断され、その治療を受けた又は 現在受けている	説明書・診断書・診療 明細書・治療方針計 画書・その他 ()
4	申請日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	購入日(複数ある場合は最も古い日)の翌 日から1年以内の申請である	申請書・領収書
5	助成回数	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	各補正具1年度あたり1回	申請書
6	領収書内容	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 購入者氏名(申請者) <input type="checkbox"/> 購入日 <input type="checkbox"/> 購入金額 <input type="checkbox"/> 金額内訳 <input type="checkbox"/> 商品名 <input type="checkbox"/> 発行者名	領収書
7	納税確認	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	市税の滞納なし	納税調査票 (確認日 /)
審査結果		<input type="checkbox"/> 承認		<input type="checkbox"/> 不承認
理 由		全ての項目に該当したため。		項目_____に該当しなかったため。

様式第2号（第7条関係）

氷見市指令 第 号

住所
申請者氏名

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付決定及び額の確定通知書

年 月 日付けで申請のあった氷見市がん患者補正具購入費用助成金
については、氷見市補助金等交付規則第4条第1項の規定により、金 円を交付
し、併せて同規則第13条の規定により交付額を金 円に確定する。

年 月 日

氷見市長

様式第3号（第7条関係）

氷見市指令 第 号

住所
申請者氏名

氷見市がん患者補正具購入費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった氷見市がん患者補正具購入費用助成金
については、以下の理由により不交付と決定したので通知します。

不交付とした理由

年 月 日

氷見市長