

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「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 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	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っては、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、助成対象経費に2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、次に掲げる額を限度とする。

- (1) ウィッグ 3万円
- (2) 乳房補正具（右側） 2万円
- (3) 乳房補正具（左側） 2万円

(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属する年度中に、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、助成対象者1人につき、前条各号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 助成対象者が未成年の場合は、その保護者が当該助成対象者に代わり第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ものがあるときは、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。

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

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

申請者※	ふりがな		助成対象者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話 () -			
助成対象者	ふりがな		生年月日(申請時における年齢)	
	氏名		年 月 日	()歳
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒		
	電話 () -			
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(頭皮保護用ネット含む)		乳房補正具(右・左)
	購入日	年 月 日		年 月 日
	購入費用(A)	円(税込)		円(税込)
	(A)の1/2の額(B)	円(1,000円未満切り捨て)		円(1,000円未満切り捨て)
	助成限度額(C)	30,000円		左右 各20,000円
	(B)または(C)のいずれか低い額	①	円	②
助成申請額(①+②)		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫	本店・支店	預金種別
	口座番号 (左詰め)	信用組合・農協	出張所	普通・当座
			フリガナ 口座名義人 (申請者名義)	
添付書類	<input type="checkbox"/> ①がん治療を受療している又は受療していたことがわかる書類 (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) <input type="checkbox"/> ②補正具を購入した業者が発行する領収書 (購入者の氏名、購入日、購入金額及び商品がわかるもの) <input type="checkbox"/> ③助成金振込先口座がわかるもの(申請者名義のもの)			

※ 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の氏名等を記入。

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 を交付し、併せて同規則第13条の規定により交付額を金 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