

○三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金交付要綱

令和5年3月31日

告示第89号

改正 令和5年4月1日告示第135号

令和6年3月18日告示第66号

(目的)

第1条 この告示は、がん患者に対し、化学療法又は放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除などの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。)の購入費用を予算の範囲内で助成することにより、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、治療と就労、社会参加等との両立を支援し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(補助対象者)

第2条 三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金(以下「補助金」という。)の対象となる者は、次の全ての要件を満たす者とする。

- (1) 三豊市の区域内に住所を有する者
- (2) がんの治療(手術、薬物治療又は放射線治療をいう。)を受けた者又は現に受けている者で、補整具を購入したもの
- (3) 申請を行う補整具に対して、他の補助金等を受けていない者

(補助対象経費)

第3条 補助金の対象経費は、次に掲げる補整具の購入金額とする。

- (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) 補整下着等の胸部補整具
- (補助金の額等)

第4条 補助金の額は、補助対象経費に3分の2を乗じて得た額(1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額)とし、上限を2万円とする。

2 補助金の交付は、1人につき、前条各号ごとに1回とする。

(交付申請及び実績報告)

第5条 補助金を受けようとする者は、補整具を購入した日の翌日から1年以内に、がん患者医療用補整具購入費用補助金交付申請書(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) 補助対象の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けていることが分かる書類
- (3) 現住所が確認できる書類(マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等)
- (4) その他市長が必要と認める書類

(交付決定等)

第6条 市長は、前条の規定により申請があったときは、速やかにその内容を審査し、交付の可否を決定し、がん患者医療用補整具購入費用補助金交付決定(却下)通知書(様式第2号)により申請者に通知するものとする。

(補助金の請求)

第7条 申請者は、前条の規定により補助金の交付決定を受けたときは、速やかにがん患者医療用補整具購入費用補助金請求書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(補助金の支払)

第8条 市長は、前条の規定により補助金の請求があったときは、速やかに申請者に補助金を支払うものとする。

(補助金の返還)

第9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、補助金の全部又は一部の返還を求めるものとする。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、補助金に関し、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和5年4月1日から施行する。

附 則(令和5年告示第135号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(令和6年告示第66号)

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

三豊市長 様

(申請者)

〒

住 所

氏 名

電話番号

(日中に連絡ができる電話番号を記入してください。)

(代理人)

氏 名

(続柄：)

電話番号

(日中に連絡ができる電話番号を記入してください。)

がん患者医療用補整具購入費用補助金交付申請書

三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金の交付を受けたいので、三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	補整下着等胸部補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)
	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2万円のいずれか少ない額) 円	カ(オ又は2万円のいずれか少ない額) 円
交付申請額		(ウとカの合計額) 円	
添付書類 (添付した書類に ☑を付けてください。)		☐ 補助対象の補整具の購入に係る領収書の写し ☐ 診療明細書等がん治療を受けていることが分かる書類 ☐ 現住所が確認できる書類(マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等)	
確認事項 該当に○を付けて ください。		申請を行う補整具に対して、他の補助金等を受けていません。 はい ・ いいえ	

同意書

この申請に係る審査のために、市が次のことを行うことに同意します。

- (1) 住民基本台帳の確認をすること。
- (2) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。
- (3) 医療機関及び購入先に対し、治療の内容又は購入内容の確認を行うこと。
- (4) 香川県に対し、助成実績に係る情報を提供すること。

様式第2号(第6条関係)

様

年 月 日

三豊市長



がん患者医療用補整具購入費用補助金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金について、下記のとおり決定したので、三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

記

交付の決定・却下		決定・却下	
交付の場合	区 分	交付申請額	交付決定額
	医療用ウィッグ	円	円
	補整下着等の胸部補整具	円	円
	合 計	円	円
却下の場合 その理由			

様式第3号(第7条関係)

三豊市長 様

年 月 日

請求者 住 所
 氏 名
 電話番号

がん患者医療用補整具購入費用補助金請求書

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金について、三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金交付要綱第7条の規定により下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

2 振込先口座

金融機関名		支店名等	
預金種目	普通 ・ 当座 ・ その他()		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

(注意)

※ 口座名義人は、交付決定者(請求者)と同一としてください。