

## 加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、がん患者の治療と社会参加等の両立を支援し、がんとの共生社会の実現を図るため、がん治療による外見の変化を補完する補整具を購入するがん患者に対し、予算の範囲内において加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、加茂市補助金等交付規則（昭和40年加茂市規則第19号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めることを目的とする。

### (補助対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けている者
- (3) がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除に伴う補整具（以下「補整具」という。）が必要である者又は必要となることが想定される者

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要があると認める者については、補助金の交付対象者とすることができる。

### (補助対象経費等)

第3条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、補助対象者が要する補整具のうち、別表に掲げる区分に応じ、補助対象物品の購入に要する経費とする。ただし、次に掲げる経費は、助成の対象としない。

- (1) 補整具のメンテナンス用品（スタンド、ブラシ、シャンプー、クリーナー等）の経費及び補整具の修理費
- (2) 補整具購入のために要した交通費、送料等の経費
- (3) 診断書の取得に要する経費
- (4) 国または他の地方公共団体から助成を受けているもの

### (補助金の額)

第4条 補助金の額は、補助対象経費の2分の1に相当する額とし、各区分あたり5万円を上限とする。

2 前項の補助金の額に1,000円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てるものとする。

### (補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、補助対象物品を購入した日から起算して1年以内に、加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼実績報告書（第1号様式）に、次に掲げる書類等を添付して、市長に提出しなければならない。ただし、天災その他やむを得ない事情があると市長が認めた場合は、この限りではない。

- (1) 第2条第1項第2号に掲げる者であること及びがん治療に起因する脱毛若しくは乳房の切除又はそのおそれがあることが見込まれることを証明する書類
- (2) 補整具の種類、購入者、購入日、購入費、金額の内訳及び発行者がわかる書類
- (3) 商品カタログ等、購入した補整具が確認できるもの
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

2 補助金は、補助対象者1人につき別表に定める区分ごとに1回に限り申請できるものとする。

### (補助金の交付決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査し、補助金の交付の決定及び補助金額の確定を行ったときは、加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付決定通知書（第2号様式）により、その旨を申請者に通知するものとする。

（補助金の請求）

第7条 前条の通知を受けた者は、速やかに加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付請求書（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

（補助金の交付決定の取消し）

第8条 市長は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消し、又は変更することができる。

(1)偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき

(2)前号に掲げるときのほか、補助金に関し、法令等又は交付決定の内容、指示若しくは条件に違反したとき

（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日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

## 別表（第3条関係）

区 分	補助対象物品	補助上限額
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの（毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む。）	50,000 円
胸部補整具	外科的治療等による乳房の形の変化を補整するもの（パッド、専用入浴着を含む）	
人工乳房（右）	人工乳房（乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く）、人工乳頭	
人工乳房（左）	人工乳房（乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く）、人工乳頭	

加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（宛先） 加茂市長

加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付を受けたいので、同補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ名				
	生年月日	年 月 日（ 歳）			
	住所	加茂市			
	電話番号				
	保護者氏名	（※対象者が未成年の場合に記入してください。）			
過去における本事業による補助の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（頭髪補整具・乳房補整具・人工乳房（右）・人工乳房（左））			
助成対象経費等	区分	医療用ウィッグ	胸部補整具	人工乳房（右）	人工乳房（左）
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額（税込）	円	円	円	円
	購入金額×1/2（千円未満切捨て）	円	円	円	円
	補助額	ア 円	イ 円	ウ 円	エ 円
	※上欄の金額と5万円のいずれか低い額を記入してください。				
補助申請合計額		円（ア～エの合計額）			
添付書類	<input type="checkbox"/> 治療を証明する書類（治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書、同意書などの写し） <input type="checkbox"/> 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、発行者の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 商品カタログ等の購入した補整具を確認することができるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し <input type="checkbox"/> 上記のほか市長が必要と認めるもの				

2 誓約事項

<p>下記について同意・誓約します。</p> <p>(1) 同意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市の住民基本台帳情報を確認すること。</li> <li>・市から医療機関に治療内容を照会すること。</li> </ul> <p>(2) 誓約事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請を行った上記の内容について、事実に相違ありません。</li> <li>・加茂市から調査の求めがあった場合は、これに応じます。</li> <li>・上記の購入品につき、他の公的助成金は受給していません。</li> <li>・虚偽や不正等が判明した場合は、補助金の全部を加茂市に返還します。</li> </ul> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____</p>
---

加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付決定通知書

年 月 日

（申請者） 様

加茂市長 ○○ ○○

年 月 日付で申請のあった加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金について、  
下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

- 1 補助金額 円
- 2 支払日 年 月 日（指定された口座へ振り込みます。）

加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金 交付請求書

（宛先） 加茂市長

年 月 日

加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金について、下記のとおり請求します。

1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 請求者（申請者）

住 所	加茂市
氏 名	
電話番号	

（請求者以外の口座に振込を希望される場合は、下記の委任状も記入してください。）

委 任 状	
年 月 日	
加茂市長 様	
私は、加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金の受領に関する一切の権限を次のとおり委任します。	
委任者（申請者）	氏名
	住所
	電話
受任者（口座名義人）	氏名
	住所
	電話

3 振込先

金 融 機 関	金融機関コード ( )	本店・支店コード ( )
	金融機関名	本店・支店名
預 金 種 別	普通 当座	口座番号
口 座 名 義	フリガナ	
	氏 名	