越前市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図るため、化学療法、放射線療法等による脱毛、手術療法による乳房切除等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。）の購入費用について越前市がん患者アピアランスサポート事業補助金（以下「補助金」という。）を交付するものとし、当該補助金の交付について越前市補助金等交付規則（平成17年越前市規則第50号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 この要綱による補助の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 越前市に住所を有する者
- (2) がん治療を受けた者又は現に受けている者であって、第5条に規定する申請日から過去1年以内に補整具を購入したもの
- (3) 過去に越前市及び他の地方公共団体から補整具の購入費助成を受けていない者

(補助対象経費)

第3条 補助対象経費は、次の各号に掲げる補整具の購入費用とする。

- (1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子のほか、材料を購入して作成した場合の材料費を含む。）
- (2) 補整下着等の胸部補整具
- (3) その他市長が認める補整具

(補助金額)

第4条 補助金は、予算の範囲内で交付するものとし、その額は、補助対象経費に2分の1を乗じて得た額（小数点以下切捨て）とする。ただし、20,000円を上限とする。

(交付申請兼実績報告及び請求)

第5条 補助金の交付を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、補整

具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書及び請求書（様式第1号。以下「申請書兼実績報告書等」という。）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) 第3条に規定する補整具の購入に係る領収書の写し等、購入した補整具の種類及び金額が証明できる書類
- (2) 診療明細書等がん治療を受療していることが証明できる書類
- (3) 申請者の納税証明書（申請日時点で直近の課税の納付状況を証明するもの）又はその写し（課税されていない者にあつては、市・県民税（所得・課税）証明書の写し）。ただし、本市で課税されている者であつて、申請書兼実績報告書等において、市税の課税及び納税状況の確認に関する同意をしたときは、不要とする。
- (4) その他市長が必要と認める書類
（交付決定及び額の確定）

第6条 市長は、前条の申請があつたときは、前条に規定する書類により当該申請の内容を審査の上、交付の可否を決定し、交付するときは、補助金の交付決定及び額の確定をするものとし、申請者にがん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定兼額の確定通知書（様式第2号）により通知するものとする。
（補助金の支払）

第7条 市長は、前条の規定による通知をした日から30日以内に申請者に支払うものとする。
（補助金の返還）

第8条 市長は、申請者が虚偽の申請その他不正行為によって補助金の交付を受けたときは、当該申請者に補助金の全部又は一部を返還させるものとする。
（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

（施行期日等）

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行し、同日以後に購入した補整具の購

入費用から適用する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行し、改正後の越前市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱の規定は、同日以後にされる申請について適用する。

越 前 市 長 殿

申請者 氏名 _____
 (補助対象者との続柄) _____
 電話番号 _____

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書及び請求書

がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、越前市がん患者アピアランスサポート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、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区 分	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び帽子のほか、材料を購入して作成した場合の材料費を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他（ _____ ） ※ 該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	購入費用に1/2 を乗じた額(A)	円
	購 入 日	年 月 日
3 交付申請(請求)額 ※20,000円又は(A)の いずれか低い額		円
4 次の事項を越前市長が行うことに（ 同意します / 同意しません ）。		
(1) 申請者及び対象者において、住民基本台帳情報を知る必要がある範囲内で確認すること。		
(2) 申請者において、市税の課税及び納税の状況を知る必要がある範囲内で確認すること。		
(3) 対象者において、医療機関及び県や他の自治体に対し、治療及び助成に関する情報の照会並びに提供を求めること。		

<p>5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)</p>	<p> ☐ 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 ☐ 診療明細書などがん治療を受療していることが証明できる書類 ☐ 申請者の申請日時点で直近の納税証明書の写し（非課税の場合は市・県民税（所得・課税）証明書の写し） ・前項（表面）において、市税の課税及び納税の状況を市長が確認することに同意したときは、不要です。 ・<u>越前市以外の自治体で課税されている場合は、その自治体で取得して下さい。</u> </p>									
<p>6 振込先（申請者の口座情報を記入）</p>										
<p>金融機関名</p>	<p> 銀行 信用金庫 信用組合 農協 </p> <p style="text-align: right;">本店 ・ 支店 支所 ・ 出張所</p>									
<p>預金種別</p>	<p>普通 ・ 当座</p>	<p>(フリガナ) 口座名義人</p>	<p>()</p>							
<p>口座 (左詰記入)</p>	<p>店 番 号</p>			<p>口 座 番 号</p>						
<p>過去の 受給状況</p>	<p>越前市又はほかの地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無（有 ・ 無）</p>									

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

第 号
年 月 日

様

越前市長

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定兼額の確定通知書

年 月 日付けで申請及び実績報告のあった補助金について、次のとおり交付決定し、及び額を確定したので、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱第6条の規定により下記のとおり通知します。

記

交付決定額	金	円
補助金交付確定額	金	円