

善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、化学療法又は放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除等の治療を受けたがん患者に対し、外見変貌を補完する補整具（以下「補整具」という。）の購入費用の一部を予算の範囲内で助成することにより、当該がん患者の心理的負担を軽減するとともに、治療及び就労、社会参加等の両立を支援し、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 この要綱による補助の対象となる者は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第5条の規定による申請の日において善通寺市に住所を有する者
- (2) がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等をいう。）を受けた者又は現に受けている者
- (3) 第5条の規定による申請を行う補整具に対して、他の助成金等（香川県がん患者医療用補整具助成事業補助金（以下「県補助金」という。）を除く。）を受けていない者

(補助対象経費)

第3条 補助の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、次に掲げる補整具の購入費用とする。

- (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) 胸部補整具（補整下着、人工乳房等）

(補助金の額等)

第4条 補助金の額は、補助対象経費の額に3分の2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、2万円を上限とする。ただし、県補助金を受けた者については、補助対象経費の額に3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、1万円を上限とする。

2 補助金の交付は、補助対象者1人につき、前条各号に掲げる補整具ごとに1回限りとする。

(交付の申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者は、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼請求書（第1号様式）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療していることが分かる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(交付の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、交付の可否を決定し、その結果を善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付・不交付決定通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

(交付決定の取消し及び補助金の返還)

第7条 市長は、偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けた者があるときは、補助金の交付の決定を取り消し、既に交付した補助金を返還させるものとする。

(その他)

第8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

この告示は、令和5年10月1日から施行し、同年4月1日以降に購入した補整具について適用する。

善通寺市長 様

善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼請求書

善通寺市がん患者医療用補整具助成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、下記のとおり申請し、補助金を交付されるよう請求します。

申請者	1 補助対象者と同じ 2 私、対象者は、下記の代理人に、善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金の（申請・受領） 手続を委任します。				対象者 _____ ㊞	
	代理人	住所				
		フリガナ				
		氏名			対象者との関係	
	生年月日			連絡先TEL		
補助対象者	補助金の交付申請に当たり、善通寺市が住民登録及び他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧すること及び香川県に対し、助成実績に係る情報を提供することに同意します。					
	住所	〒 善通寺市				
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日 (年齢)	年	月	日	連絡先TEL	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ		補整下着等の胸部補整具		
	購入年月日 (領収書の日付)	年	月	日	年	月
	購入費用	ア (税込) _____ 円		エ (税込) _____ 円		
	購入費用の 2/3 (県補助金を受けた者は 1/3) の額	イ (アの2/3 (県補助金を受けた者は1/3) の額、1,000円未満切捨て) _____ 円		オ (エの2/3 (県補助金を受けた者は1/3) の額、1,000円未満切捨て) _____ 円		
	補助基準額	ウ (イ又は2万円 (県補助金を受けた者は1万円) の低い方の額) _____ 円		カ (オ又は2万円 (県補助金を受けた者は1万円) の低い方の額) _____ 円		
交付申請(請求)額	(ウ及びカの合計額) _____ 円					
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()					
振込先	銀行・農協 金庫・組合			支店 出張所	フリガナ	
	普通預金 当座預金				口座名義人	

年 月 日

様

善通寺市長



善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付・不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった補助金の交付については、次のとおり決定したので、善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

1 決定区分	交付 ・ 不交付
2 交付決定額	円 内訳 医療用ウィッグ 円 補整下着等の胸部補整具 円
3 不交付の理由	
4 交付条件	偽りその他不正の行為により補助金の交付を受けた場合は、この交付決定を取消し、既に交付した補助金があるときは、その額の全部又は一部の返還を求めます。