

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付規則をここに公布する。

令和7年3月31日

上越市長 中川 幹 太

上越市規則第37号

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付規則

(趣旨)

第1条 この規則は、がん患者の治療と社会参加等の両立を支援するため、がん治療による外見の変化を補完する補正具を購入するがん患者に対し、予算の範囲内で交付する上越市がん患者医療用補正具購入費助成金（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。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請日において、本市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に治療を受けている者
- (3) がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除に伴う補正具（以下「補正具」という。）を購入した者

2 前項の規定にかかわらず、国、都道府県、市区町村その他公的制度による助成金等の交付を受けている者は、助成対象者とししない。

(助成対象経費)

第3条 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、助成対象者が必要とする補正具のうち、別表左欄に掲げる区分に応じ、同表中欄に定める助成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、助成の対象とししない。

- (1) 補正具のメンテナンス用品（スタンド、ブラシ、シャンプー、クリーナー等をいう。）の経費及び補正具の修理費
- (2) 補正具購入のために要した交通費、送料等の経費
- (3) 医療保険各法による医療に関する給付の対象となる経費
- (4) 診断書等の取得に要する経費

(助成金の額等)

第4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（当該額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額）とし、別表左欄に掲げる区分に応じ、

同表右欄に定める額を上限とする。

- 2 助成金の交付は、一の助成対象者につき、別表左欄に掲げる区分ごとに1回を限度とする。

(交付申請等)

第5条 助成金の交付を受けようとする助成対象者は、上越市がん患者医療用補正具購入費助成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) 診断書その他がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除を確認することができる書類の写し
- (2) 領収書その他補助対象経費の支払いを確認することができる書類の写し
- (3) 購入した補正具の写真
- (4) その他市長が必要と認める書類

- 2 市長は、前項の申請書兼請求書の提出があったときは、これを審査し、助成金の交付の可否を決定したときは、上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付^{決定}通知書(第2号様式)により通知するものとする。

- 3 助成対象者は、別表中欄に定める助成対象物品を購入した日から1年以内に第1項の規定による申請を行うものとする。ただし、市長が特に必要と認めるときは、この限りでない。

(決定の取消し)

第6条 市長は、助成金の交付を受けた助成対象者が偽りその他不正の手段により助成金の交付の決定を受けたときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(助成金の返還)

第7条 市長は、前条の規定により助成金の交付の決定を取り消した場合で、既に助成金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(その他)

第8条 この規則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)

- 1 この規則は、令和7年4月1日から施行する。

(助成対象の特例)

- 2 第5条第3項の規定にかかわらず、令和6年4月1日から令和7年3月31日までの間

に購入した別表中欄に定める助成対象物品は、令和7年度に限り助成金の交付対象とし、令和8年3月31日までに申請を行うものとする。

別表（第3条—第5条関係）

区分	助成対象物品	上限額
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	25,000円
胸部補正具	補正下着、パッド	25,000円
人工乳房（右側）	人工乳房、人工乳頭	50,000円
人工乳房（左側）	人工乳房、人工乳頭	50,000円

第1号様式（第5条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり上越市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号			
過去における本事業による助成の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ウィッグ等・胸部補正具・人工乳房（右・左））		
助成対象経費等	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 胸部補正具	<input type="checkbox"/> 人工乳房 右・左
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額（税込）	円	円	円
	購入金額×1/2	ア 円 (1,000円未満切捨て)	エ 円 (1,000円未満切捨て)	キ 円 (1,000円未満切捨て)
	助成上限額	イ 25,000円	オ 25,000円	ク 50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額 ウ 円	エ又はオのいずれか低い額 カ 円	キ又はクのいずれか低い額 ケ 円
助成申請合計額		円（ウとカとケの合計額）		
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書その他がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除を確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 領収書その他補助対象経費の支払いを確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 購入した補正具の写真 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類（ ）			

2 振込先

金融機関名		口座種別							
支店名		口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

3 同意及び誓約事項

項 目	確認欄	
がん患者医療用補正具購入費助成の決定の審査のための職員が住民基本台帳を閲覧又は確認をすることに同意します。 課	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
助成金の交付申請に関する誓約 (1) 申請を行った上記の内容について、事実と相違ありません。 (2) 国又は地方公共団体から類似する助成金等は受給していません。 (3) 虚偽、不正等が判明した場合は、助成金の全部を市に返還します。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約 (1) 助成金を暴力団の活動に使用しません。 (2) 助成金の交付により暴力団に対し利益を供与することはありません。 (3) (1)又は(2)に反する場合は、この申請を却下され、助成金の交付の決定を取り消され、又は交付を受けた助成金を返還することを承諾します。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

第2号様式（第5条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付 ^{決定} 通知書
却下

第 号
年 月 日

様

上越市長

年 月 日付けで申請のあった上越市がん患者医療用補正具購入費助成金の
と お り 決 定
交付について、次の ^{理由により申請を却下} したので通知します。

決 定	助 成 金 額	円
	助 成 内 容	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 <input type="checkbox"/> 胸部補正具 <input type="checkbox"/> 人工乳房（右・左）
却 下	理 由	