

## 上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱

(趣旨)

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。）に関し、上越市補助金交付規則（昭和46年上越市規則第56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人（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人とする。

- (1) 申請日において、本市に住民登録をしている人
- (2) がんと診断され、かつ、その治療を受けた人又は現に治療を受けている人
- (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。）が必要である人又は必要となることが見込まれる人

2 前項の規定にかかわらず、国又は他の地方公共団体から類似する助成金等の交付を受けている人は、助成対象者としなない。

(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、助成の対象としなない。

- (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。

(助成金の交付申請等)

第5条 助成金の交付を受けようとする助成対象者（以下「申請者」という。）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（第1号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 診断書の写し
- (2) 見積書その他補助対象経費を確認することができる書類の写し
- (3) 商品カタログその他購入する補正具を確認することができる書類
- (4) その他市長が必要と認めるもの

2 市長は、前項の申請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<sup>決定</sup>通知書（第2号様式）<sub>却下</sub>により通知するものとする。

（変更申請等）

第6条 規則第6条の規定により承認を受けようとする人は、上越市がん患者医療用補正具<sup>変更</sup>購入費助成金<sup>中止</sup>承認申請書（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、これを審査し、変更又は中止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<sup>変更 承認</sup>通知書（第4号様式）<sub>中止 却下</sub>により通知するものとする。

（実績報告）

第7条 規則第8条第1項の規定による実績報告は、上越市がん患者医療用補正具購入費助成事業実績報告書（第5号様式）によるものとする。

2 規則第8条第2項に規定する書類は、次に掲げるものとする。

- (1) 補正具の購入に係る領収書の写し
- (2) 購入した補正具の写真

（決定の取り消し）

第8条 市長は、規則第10条第1項の規定により助成金の交付決定の全部又は一部を取り消したときは、速やかに上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定取消通知書（第6号様式）により通知するものとする。

（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

この要綱は、令和6年4月1日から実施する。

別表（第3条、第4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

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受けたいので申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 上越市		
	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
	購入予定日	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"/> 診断書の写し <input type="checkbox"/> 見積書その他補助対象経費を確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 商品カタログその他購入する補正具を確認することができる書類 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認めるもの（ ）			

## 2 承諾及び誓約事項

### 1 個人情報の取扱いに関する承諾欄

がん患者医療用補正具購入費助成の決定の審査のため、課の職員が、私に係る  
住民基本台帳を閲覧（確認）することを承諾します。

### 2 誓約事項

- ・ 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。
  - ・ 国又は他の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。
  - ・ 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。
- (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) 助成金の交付の対象となる事業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、助成金の交付対象者の登録若しくは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。

年 月 日

本人署名

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 <sup>決定</sup> 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	

第3号様式（第6条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金 <sup>変更</sup>承認申請書  
中止

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり上越市がん患者医療用補正具購入費助成金に係る <sup>変更</sup>の承認を申請します。  
中止

変更又は中止の内容	
変更又は中止の理由	

備考 変更又は中止をする内容が分かる書類を添付して提出すること。

第4号様式（第6条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金  
変更承認  
中止却下  
通知書

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  
変更 について、次の 中止 理由により申請を却下  
と お り 承 認 したので通知します。

承認の内容	
却下の理由	



第5号様式（第7条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成事業実績報告書

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり上越市がん患者医療用補正具購入費助成金に係る事業が完了したので、報告します。

購入内容	<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）
購入年月日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 補正具の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 購入した補正具の写真

第6号様式（第8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取消通知書

第 号  
年 月 日

様

上越市長

年 月 日付で通知した上越市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付  
について、次のとおり決定を取り消したので通知します。

取消内容	
取消理由	