

○見附市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱

令和6年6月27日

告示第109号

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の治療及び社会参加の両立を支援し、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整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当該購入費用の一部を助成すること（以下「助成」という。）を事業内容とする見附市がん患者医療用補整具購入費助成事業に関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（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) 市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、かつ、その治療（手術、薬物治療、放射線治療等）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がん治療による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、市長は、特に助成が必要であると認める者を助成対象者とすることができる。

(助成の対象となる経費等)

第3条 助成の対象となる経費は、助成対象者が要する補整具のうち、次の表に掲げる補整具の区分に応じ、同表の助成対象物品の欄に掲げる物品（以下「助成対象物品」という。）の購入費用とする。

区分	助成の対象となる補整具
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。）
乳房補整具	次のいずれかの補整具

- | | |
|--|---|
| | (1) 外科的治療等による乳房の形の変化を補整するための補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）
(2) 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。） |
|--|---|

2 次に掲げる経費は、助成の対象としない。

- (1) 購入に要した交通費、送料及び振込手数料、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）の購入費並びに補整具の修理費
- (2) 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの

3 補整具の購入に関し国又は他の地方公共団体等から助成等を受ける補整具は、助成の対象としない。

（助成の額等）

第4条 助成の額は、助成対象物品の購入費用の額の2分の1に相当する額（その額に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。）とし、次の各号に掲げる補整具の区分に応じ、当該各号に定める額を上限とする。

- (1) 医療用ウィッグ 20,000円
- (2) 乳房補整具 20,000円

2 助成の回数は、1人の助成対象者につき、前項各号に掲げる区分ごとに1回を限度とする。

（助成の申請）

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、助成対象物品の購入日の属する年度の翌年度の末日までに見附市がん患者医療用補整具購入費助成申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類等を添付して、市長に申請しなければならない。

- (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又はその写し
- (2) 補整具の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの）の写し

- (3) 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの又はその写し
 - (4) 振込先（金融機関、口座番号、口座名義等）が確認できる通帳の写し等
 - (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 2 前項第4号の振込先は、前項の規定による申請をする者の口座でなければならない。

（助成の決定及び支払）

第6条 市長は、前条第1項の規定による申請（次項において単に「申請」という。）があった場合は、その内容を審査の上、助成の可否を決定し、見附市がん患者医療用補整具購入費助成可否決定通知書（別記第2号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

- 2 市長は、前項の規定により助成を可とする決定をしたときは、申請があった月の翌月の末日までに助成を行うものとする。

（助成決定の取消し）

第7条 市長は、助成を可とする決定を受けた者又は助成対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 助成対象者が第2条第1項各号に掲げる者でないことが判明したとき。
 - (2) 偽りその他不正な手段により助成の決定を受けたとき。
 - (3) その他市長が助成を可とする決定を取り消すことが必要であると認めたとき。
- 2 前項に規定する場合において、市長は、既に助成が行われているときは、当該助成金の全部又は一部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

（施行期日）

この要綱は、公布の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

別記第1号様式（第5条関係）

（表）

年 月 日

（宛先）見附市長

見附市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

見附市がん患者医療用補整具購入費助成を受けたいので、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ		助成対象者との 続柄		
	氏名				
	生年月日	年 月 日	電話番号		
	住所	(〒 -)			
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です）				
	フリガナ		生年月日		
	氏名		電話番号		
	住所	(〒 -)			
過去における補整具の助成		無・有（医療用ウィッグ・乳房補整具）			
助成対象費用	区分	医療用ウィッグ	乳房補整具		
	購入日	年 月 日	年 月 日		
	購入金額	円（税込）	円（税込）		
	購入金額 × 1/2	㊦ 円 (1,000円未満切捨)	㊧ 円 (1,000円未満切捨)		
	助成上限額	㊨ 20,000円	㊩ 20,000円		
	助成額	㊦または㊨のいずれか低い額		㊧または㊩のいずれか低い額	
㊦ 円		㊧ 円			
助成合計額		円 (㊦+㊧)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 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ことを証明する書類又はその写し <input type="checkbox"/> がん治療に起因する脱毛又はがん治療による乳房の切除に伴う補整具が必要であること又は必要となることが想定されることを証明する書類又はその写し <input type="checkbox"/> 補整具の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの）の写し <input type="checkbox"/> 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの又はその写し <input type="checkbox"/> 振込先口座（申請者名義の口座に限る）の通帳の写し（金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義人の分かるもの） <input type="checkbox"/> 上記のほか、市長が必要と認める書類				
	振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	本店・支店 出張所
		口座番号		口座名義人（申請者と同一）	フリガナ 氏名
		普通・当座			

備考 □には、該当する場合に「✓」を付してください。

（裏面あり）

(裏)

見附市がん患者医療用補整具購入費助成に関する同意書兼誓約書

次に掲げる事項について、同意し、及び誓約します。

1 同意する事項

- (1)氏名、住所、生年月日及び続柄について、市の住民基本台帳で確認すること。
- (2)申請に係る補整具について、購入した店舗等に照会すること。
- (3)申請に係る補整具について、医療機関に治療内容を照会すること。

2 誓約する事項

- (1)申請内容について、事実と相違ありません。
- (2)市から調査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- (3)申請に係る補整具について、国又は他の地方公共団体等からの助成等は受けていません。
- (4)虚偽や不正等が判明した場合は、市の指示に従い助成金を返還します。

年 月 日

署名 _____

別記第2号様式（第6条関係）

見附市がん患者医療用補整具購入費助成可否決定通知書

様

年 月 日付で申請のあった見附市がん患者医療用補整具購入費助成金について

- 助成金額 _____ 円 （医療用ウィッグ購入費 補助率2分の1）
- 助成金額 _____ 円 （乳房補整具購入費 補助率2分の1）

※いずれも上限20,000円とする。

次の条件を付して支給します。

※助成金額は市から申請者へ支払うものとします。

年 月 日

見 附 市 長

支給条件

・助成事業の状況を調査し、不相当と認めたときは、当該助成金の全部又は一部の返還を命ずる。