

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん治療における薬物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。）の購入費用を補助することにより、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、就学、就労等の社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図るため、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、補助金等の交付に関する条例（昭和29年条例第19号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第5条第1項の申請の日において本市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、薬物療法、放射線療法、手術療法等によるがん治療を受けた者又は現に受けている者
- (3) 前号に規定するがん治療により脱毛し、又は乳房を切除したため、補整具を購入した者
- (4) この要綱による補助金の交付を受ける補整具について、他の補助金等を受けていない者

2 前項の規定にかかわらず、補助対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則（平成23年規則第28号。以下「規則」という。）第4条各号のいずれかに該当すると認める場合は、補助金の交付の対象としない。

(補助対象経費及び補助基準額)

第3条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、補助対象者が次に掲げる補整具の購入に要した費用（消費税及び地方消費税額を含む。）とする。ただし、購入のために要する交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用、付属品、ケア用品等の購入費用及び文書料等については、補助金の交付の対象としない。

- (1) ウィッグ（がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用する全頭用及び部分用ウィッグをいい、ウィッグ装着に必要な頭皮保護用のネットを含む。）
- (2) 乳房補整具（がん治療に伴う外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着、人工乳房等の胸部補整具及び乳がん用バスタイムカバー（入浴着）をいう。）

2 補助基準額は、補整具を購入した個数にかかわらず、1人につき2万円とする。

(補助金額)

第4条 補助金額は、補助基準額を限度として予算の範囲内において、市長が認める額とする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助対象者は、補助金の交付を受けようとするときは、補整具を購入した日の属する年度内に、補助金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、やむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難と市長が認める場合には、翌年度に申請することができる。

- (1) 第3条第1項各号に掲げる補整具の購入に係る領収書の原本（品名や金額の記載のあるものに限る。）
- (2) 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類
- (3) 現住所及び生年月日が確認できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、補整具を複数購入した費用を合計して行うことができるものとし、当該申請は1人につき1回とする。

3 第1項の申請期限は、補整具を購入した日から1年を経過した日とする。

(補助金の交付決定及び補助金額の確定)

第6条 市長は、前条第1項の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、適当と認めるときは交付すべき補助金額を確定し、補助金交付決定兼補助金額確定通知書（様式第2号）により、適当でないとして認めるときは所定の補助金交付却下通知書により当該申請をした補助対象者に通知するものとする。

2 市長は、補助金の交付決定に際し、必要な条件を付することができる。

(交付申請の取下げ)

第7条 前条第1項の規定により補助金の交付決定を受けた補助対象者（以下「補助利用者」という。）は、その内容又はこれに付された条件に不服があり、交付申請を取り下げようとするときは、当該交付決定の通知を受けた日から2週間以内に、その旨を所定の補助金交付申請取下届出書により市長に届け出るものとする。

2 前項の規定による申請の取下げがあったときは、当該申請に係る補助金の交付決定及び補助金額の確定はなかつたものとみなす。

(補助金の交付請求及び交付)

第8条 補助利用者は、第6条第1項に規定する補助金額の確定通知があったときは、補助金交付請求書兼支払金口座振替依頼書（様式第3号）により市長に補助金の交付を請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めるときは、補助金を交付するものとする。

(補助金の交付決定の取消し)

第9条 市長は、補助利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。

(2) 規則第4条各号のいずれかに該当することとなったとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、補助金の交付の決定の内容又はこれに付した条件その他この要綱に基づく命令に違反したとき。

2 前項の規定は、補助事業について交付すべき補助金の額の確定があった後においても適用があるものとする。

3 市長は、第1項の規定による取消しをしたときは、所定の補助金交付決定取消通知書により利用者に通知するものとする。

(補助金の返還)

第10条 市長は、前条第1項の規定に基づき補助金の交付の決定を取り消した場合において、当該取消に係る部分に関し、既に補助金を交付しているときは、期限を定めて、その返還を命じなければならない。

(調査等)

第11条 市長は、補助金の適正な交付を確保するために必要な限度において、補助利用者に対し、書類の提出若しくは報告を求め、又は必要な調査をすることができる。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、令和6年4月24日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

2 この要綱の規定は、令和6年4月1日以降に購入する補整具から適用する。

年 月 日

高知市長 様

補助金交付申請書

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。また、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (補助対象者)	氏名		
	住所		
	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ ・ 乳房補整具	ウィッグ ・ 乳房補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	円 (税込)	円 (税込)
	交付申請額 ※上限2万円	円	円
添付書類	<input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の原本（品名や金額の記載のあるものに限る。） <input type="checkbox"/> 治療計画書，化学療法説明書，診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 現住所及び生年月日が確認できる書類 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類		

様

補助金交付決定兼補助金額確定通知書

年 月 日付けで交付申請のありました高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金については、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり交付することに決定し、補助金額を確定しましたので通知します。

年 月 日

高知市長

記

- 1 補助金交付決定額 金 円
- 2 交付の条件
 - (1) 高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱を遵守すること。
 - (2) この指令に違反したときは、補助金の全部又は一部を返還させることがある。
 - (3) この補助金については、本市職員が調査し、又は監査委員が監査することがある。

年 月 日

高知市長 様

請求者 住 所 _____

氏 名 _____

補助金交付請求書兼支払金口座振替依頼書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金について、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先口座 (補助利用者名義の口座情報をご記入ください)

口座 名義人	フリガナ																		
	氏名																		
ゆうちょ 銀行	通帳の記号										通帳の番号 (右詰で記入)								
	1						0												1
ゆうちょ 銀行以外	銀行 金庫 本店										口座番号 (右詰で記入)								
	農協 支店										普通								
信組 労金 出張所										当座									

○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。

注意事項

1 振込は、請求のあった日から1か月程度かかります。