

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱

(目的)

第1条 浜松市は、がん患者の治療と社会参加等の両立を支援し、療養生活の質の向上及び経済的負担の軽減を図るため、がん治療による外見の変貌を補完する医療用補整具を購入するがん患者に対し、予算の範囲内で補助金を交付するものとし、その交付に関しては、浜松市補助金等交付規則（昭和55年3月31日浜松市規則第17号。以下「規則」という。）及びこの要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

(1) 医療用補整具

医療用ウィッグ又は乳房補整具をいう。

(2) 医療用ウィッグ

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ウィッグ（かつら）をいう。

(3) 乳房補整具

手術による乳房の形の変化に対応するための補整下着及び下着とともに使用するパッド又は人工乳房をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てを満たす者のうち市税を完納している者とする。

(1) 市内に住所を有する者

(2) がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている者

(3) がん治療に起因する脱毛又は乳房を切除したことに伴う医療用補整具を購入した者

(4) 出生から第6条第1項に規定する交付の申請までの間において、他の地方公共団体から医療用補整具の購入経費の補助等を受けていない者

(補助対象となる医療用補整具及び補助対象経費)

第4条 補助金の交付の対象となる医療用補整具は、次の表のとおりとする。なお、付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外とする。

区分	要件
医療用ウィッグ	全頭用であるもの（毛付き帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含む。）
乳房補整具	補整下着及び下着とともに使用するパッド又は人工乳房のいずれかとする。

2 補助金の交付対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、前項に規定する医療用補整具の購入費とする。

3 補助金の交付は補助対象者1人につき、医療用ウィッグ及び乳房補整具それぞれ1回を限度とする。

(補助金の額等)

第5条 補助金の額は、前条第1項の医療用補整具ごとに、補助対象経費の2分の1に相当する額の範囲内において市長が定める額とし、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める金額を限度とする。

(1) 医療用ウィッグ 2万円

(2) 乳房補整具 次に定める額

ア 補整下着(下着とともに使用するパッドも含む) 2万円

イ 人工乳房 10万円

(交付の申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする者(その者が未成年である場合にあっては、その法定代理人)(以下「申請者」という。)は、がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書(様式第1号)に、次に掲げる書類を添付して、補助金の交付対象となる医療用補整具の購入後、市長に提出しなければならない。

(1) 薬物療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類に限る。)

(2) 医療用補整具の購入に係る領収証(申請者の氏名、購入した年月日(領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの)、品名、金額の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。)

(3) 市税納付・納入確認同意書(様式第2号)

(4) 暴力団排除に関する誓約書(様式第3号)

(5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請期限については、次のとおり取り扱うものとする。

(1) 4月から12月までの間に補助対象の医療用補整具を購入した場合 購入日の属する年度内

(2) 1月から3月までの間に補助対象の医療用補整具を購入した場合 購入日の翌日から起算して90日を経過した日まで

3 市長は、申請を受け付けた日を基準に、補助対象年度を判定するものとする。

(交付決定等)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、速やかに費用の補助の可否を決定するとともに、交付を決定したときはがん患者医療用補整具購入費補助金交付通知書(決定及び確定)(様式第4号)により、不交付を決定したときはがん患者医療用補整具購入費補助金の交付を行わない旨の通知書(様式第5号)により通知するものとする。

(請求手続)

第8条 申請者は、前条の規定により交付の決定及び確定を受けたときは、速やかにがん患者医療用補整具購入費補助金請求書(様式第6号)を市長に提出するものとする。

(補助金の返還)

第9条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の支給を受けた者に対し、その全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第10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2年4月1日から施行し、令和2年度末までの補助金に適応する。

(あて先) 浜松市長

申請者氏名 _____ 印
 (補助対象者が未成年の場合、申請者(法定代理人)の氏名を記載)

がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。
 また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。
 ・申請者及び補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
 ・医療機関に治療内容を照会すること、及び医療用補整具の購入先に購入内容を照会すること

補助対象者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日(歳)	
	住 所	〒		電話 ()	
申請者	ふりがな	補助対象者との関係	父 ・ 母 ・ その他 ()		
	氏 名				
	住 所	〒		電話 ()	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ(全頭用かつら)	乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)		
			補整下着 (下着とともに使用するパッドも含む)	人工乳房	
	購入日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	ア 円(税込)	エ (補整下着の金額) 円(税込)	キ (人工乳房の金額) 円(税込)	
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円	
補助対象額	ウ【アに1/2を乗じて得た額(小数点未満切り捨て)又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エに1/2乗じて得た額(小数点未満切り捨て)又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キに1/2を乗じて得た額(小数点未満切り捨て)又はクのうちいずれか低い額】 円		
補助申請額	円(ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)				
過去の受給状況	浜松市又は他の地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無 (有 ・ 無)				
添付書類 (添付した書類に ☑をつけて ください)	薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など 領収書(購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら」、 乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。) 市税納付・納入確認同意書(様式第2号) 暴力団排除に関する誓約書(様式第3号)				
申請受付年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
受給者番号					

注) 二重線以外の枠に記入してください。
 補助対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

様式第2号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

補助金交付申請者

住 所

氏 名

年 月 日 生

市税納付・納入確認同意書

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、補助金交付申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

申請補助金 浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金

注意事項

市税の未納分の存在が判明した場合は、補助金の交付はできません。十分確認の上、申請してください。

暴力団排除に関する誓約書

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約します。
また、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

記

- 1 次に掲げる者のいずれにも該当しません。
(1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)
- (2) 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)
- (3) 暴力団員等と密接な関係を有する者

年 月 日

(あて先) 浜松市長

(誓約者(申請者))

住所 _____

氏名 _____ 印

申請者 様

浜松市長

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付通知書（決定及び確定）

年 月 日付けで申請がありました浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付について、下記金額を補助することを決定し、及び確定したので通知します。

記

交付申請額	金	円
補助額	金	円

（交付の条件）

- 1 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産を補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供する場合は、市長の承認を受けなければならない。ただし、補助金の全部に相当する金額を市に納付した場合又は減価償却資産の耐用年数等に関する省令(昭和40年大蔵省令第15号)に定められている耐用年数等に相当する期間(同令に定めがない財産については、市長が別に定める期間)を経過した場合は、この限りでない。
- 2 市長の承認を受けて1の財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を市町に納付させることがあること。
- 3 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業の完了後においても善良な管理者の注意をもって管理しなければならないこと。
- 4 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生じると認められる場合においては、当該補助金の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。
- 5 規則第17条第1項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、補助金の返還の請求を受けたとき又は当該返還の期限までに納付しなかったときは、規則第18条の2の規定に基づき、加算金又は遅延損害金を市に納付する。
- 6 補助金の返還の請求を受け、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しない場合、規則第18条の3の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をする場合がある。
- 7 上記1～6のほか、規則及び浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱の各規定に基づく市長の指示に従うこと。

様式第5号

浜松市指令 第 号
年 月 日

申請者 様

浜松市長 印

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の
交付を行わない旨の通知書

年 月 日付けで申請があった浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付については、下記の理由によりこれを行わないこととしたので、通知します。

記

理由

(あて先) 浜松市長

請求者 住所
 氏名 印
 電話番号
 利用者 氏名

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書

年 月 日付け浜松市指令 第 号により交付決定及び確定を受けた浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振込先口座

銀行名	本・支店・ 営業部・出張所名	預金種別	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 ()	
ふりがな			
口座名義人			