

## 阿賀野市告示第61号

阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱を次のように定める。

令和6年3月27日

阿賀野市長 田中清善

## 阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、がん患者の経済的な負担を軽減し、治療と社会参加等の両立を支援するため、治療による外見の変化を補完する医療用ウィッグ、乳房補整具、人工乳房等の購入に係る費用について、予算の範囲内において交付する助成金に関し、阿賀野市補助金交付規則（平成16年阿賀野市規則第56条）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 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件をすべて満たす者とする。

- (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
- (4) 市税を滞納していない者

2 助成の回数は、一人の助成対象者につき、次条第1項の表に定める区分ごとに1回を限度とする。

(助成対象費用)

第3条 助成の対象となる補整具は、次の表に定めるとおりとする。

区分	助成対象物品
医療用ウィッグ	医療用ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
乳房補整具	補整下着、パッド
人工乳房等	人工乳房、人工乳頭

2 次に掲げる費用は、助成の対象としない。

- (1) 別途購入した補整具のメンテナンス用品の購入費、補整具の修理費並びに購入のために要した交通費、送料及び振込手数料
- (2) 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を受けるも

の

(助成額)

第4条 助成額は、助成対象物品の購入費用の額の2分の1に相当する額とし、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額を上限額とする。

- (1) 医療用ウィッグ 25,000円
- (2) 乳房補整具 25,000円
- (3) 人工乳房等 50,000円

2 前項の助成額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成申請書(第1号様式)に次の各号に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) 補整具購入時の領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの)
- (2) がん治療の内容が確認できる書類の写し
- (3) 振込先口座の通帳の写し(申請者本人名義の口座に限る)
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(助成の決定及び支払い)

第6条 市長は、前条の規定に定める申請があったときは、その内容を審査の上、助成の可否を決定し、阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成金交付(不交付)決定通知書(第2号様式)により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、第1項の規定により助成することを決定したときは、確定した額の助成金を指定された口座へ速やかに支払うものとする。

(決定の取り消し)

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定を取り消し、すでに助成した額の一部又は全部を返還させることができる。

- (1) 助成対象者が第2条1項に規定する要件を満たさないと認められたとき。
- (2) 虚偽または不正の行為により補整具購入費の助成を受けたとき。
- (3) 本事業の目的に反した補整具の使用や譲渡、貸与したとき又は担保にしたとき。
- (4) その他助成が不相当と認められたとき。

(その他)

第8条 この告示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 この告示は、令和6年4月1日から施行する。

(適用区分)

2 助成の対象となる補整具は、この告示の適用の日以後に購入したものとす  
る。

阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

申請日 年 月 日

（宛先）阿賀野市長

阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成について、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は記入不要です）					
	フリガナ			生年月日	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 （ ウィッグ ・ 乳房補整具 ・ 人工乳房等 ）					
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具	<input type="checkbox"/> 人工乳房等		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	購入金額	円(税込)	円(税込)	円(税込)		
	購入金額×1/2	ア 円 (1円未満切捨)	エ 円 (1円未満切捨)	キ 円 (1円未満切捨)		
	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	エ又はオのいずれか低い額	キ又はクのいずれか低い額		
助成合計額	円（ウとカとケの合計額）					
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療用補整具購入時の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> がん治療の内容が確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座（申請者名義）の通帳の写し（金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義の分かるもの） <input type="checkbox"/> その他市長が必要とする書類（ ）					
金融機関	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	カナ	
	普通・当座 (どちらかに○)			氏名		

（裏面あり）

## 阿賀野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、市の住民基本台帳等で確認すること。
- (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。
- (4) 市税の課税状況の確認を行うこと及び必要な資料（税情報含む）の情報提供等を他の行政機関へ照会すること。

### 2 誓約する事項

- (1) 申請内容について、事実に相違ありません。
- (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からの助成は受けていません。
- (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

第2号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

阿賀野市長



阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった医療用補整具購入費の助成について、阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり決定（却下）し、助成額を確定しましたので通知します。

1. 交付します。

（1）助成対象者

（2）助成額 円

（助成額の内訳）

区分	購入額	助成額
医療用ウィッグ	円	円
乳房補整具	円	円
人工乳房等	円	円

（3）振込予定日 年 月 日

2. 交付しません。

理由	
----	--