

四万十市告示第60の4号

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱を次のように定める。

令和6年5月1日

四万十市長 中 平 正



四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、がん治療に伴う薬物療法や放射線療法又は手術療法を要因とする脱毛や乳房切除などの外見の変貌を補完する補整具（以下「補整具」という。）購入費用を補助することで、がん患者の心理的負担の軽減及び就学や就労等の社会参加の促進を図ることを目的とし、四万十市補助金等交付規則（平成17年四万十市規則第35号）第21条の規定により四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金（以下「補助金」という。）の交付に関し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者は、次の各号に掲げる全ての要件を満たす者とする。

- (1) 申請時点で四万十市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がん治療（薬物療法、放射線療法、手術療法等）を受けた者又は申請時点で治療中の者
- (3) 補整具を令和6年4月1日以降に購入した者
- (4) 申請を行う補整具に対して、他の自治体等からの補助等を受けていないこと
- (5) 市税等の滞納がない者

(補助対象費用)

第3条 補助金交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）及び補助対象者1人当たりの補助回数等は、次の表のとおりとする。

補助対象補整具	補助対象経費	補助回数	補助上限額
ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応した一時的に着用する全頭用及び部分用ウィッグをいう。なお、ウィッグ装着に必要な頭皮保護用のネットも補助対象とする。 ※ケア帽子、髪付き帽子、付属品及びケア用品（クリーナー等）は除く。	1回	2万円
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。	右乳房、左乳房ごとに1回	2万円

- 2 補整具の購入費には、消費税及び地方消費税額を含むものとし、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及び文書料等については補助対象としない。
- 3 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及び国又は地方公共団体が別に負担する対象となるものは補助の対象外とする。

(補助金額)

第4条 補助金額は、補助対象経費の全額又は2万円のいずれか低い額とし、予算の範囲内で交付する。

(交付の申請)

第5条 補助対象者又はその家族（以下「申請者」という。）は、補助金の交付に際し、補整具を購入した日の属する年度内に、四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添付して、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、当該年度内に申請をすることが困難と市長が認める場合は、

当該年度の翌年度に申請することができる。

- (1) がん治療（薬物療法、放射線療法、手術療法等）を受けたこと又は申請時点で治療中であることを証明する書類（治療計画書、化学療法説明書、診断書等）
- (2) 補整具を購入したことを証明する書類（品名や金額の記載のある領収書等）
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項に定める申請は、補助対象者1人につき区分ごとに1回を限度とする。過去に県内市町村又は県外の地方公共団体から各補整具と同種の補助等を受けている場合は、それぞれ1回とみなす。

3 補助対象者は、補助上限額の範囲内で補助対象補整具を複数購入した場合も、費用を合算して申請することができる。

（交付決定）

第6条 市長は、前条に規定する補助金の交付の申請があった場合は、その内容を審査し、補助金の交付が適当と認めたときは、四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付決定通知書（様式第2号）により当該申請者に通知し、補助金の交付が不適当と認めたときは、四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請却下決定通知書（様式第3号）により当該申請者に通知するものとする。

2 規則第16条の2第2項の規定に基づき、前項の交付決定をもって、補助金の額を確定し、補助金を交付する。規則第13条第1項の規定による実績報告書は、第5条の規定による交付の申請をもって報告されたものとみなす。

（補助金の返還）

第7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、その全部又は一部の返還を命ずるものとする。

（委任）

第8条 この告示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

（施工期日）

1 この告示は、公布の日から施行する。

（この告示の失効）

2 この告示は、令和7年5月31日限り、その効力を失う。ただし、この告示に基づき交付された補助金については、第6条及び第7条の規定は、同日以降もなおその効力を有する。

様式第1号(第5条関係)

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

四万十市長 様

申請日 年 月 日
(請求日)

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入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申請（請求）します。

また、この申請の審査のために裏面に掲げる「確認事項」について四万十市が照会・確認することに同意します。

申請者	フリガナ					対象者 との続柄	
	氏 名						
	住 所	〒 電話番号() -					
対象者	☐ 申請者と同じ（下記の生年月日（年齢）のみ記入） ☐ 上記の者を申請者として、委任します。（対象者欄の以下の項目の記入が必要）						
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名			（年齢）	（ 歳）		
	住 所	〒 四万十市 電話番号() -					
補助対象経費	購入した補整具の種類		購入日	購入費用(税込)	補助限度額	補助金額	
	☐ ウィッグ		年 月 日	ア 円	イ 2万円	アとイのいずれか低い額 円	
	☐ 乳房補正具	☐ 右乳房	年 月 日	ウ 円	エ 2万円	ウとエのいずれか低い額 円	
		☐ 左乳房					
補助金申請（請求）額			円				
振込先	金融機関名	銀行・信金・信組 農協・労金					本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

※この申請書は四万十市が交付決定した後に補助金の請求書として取り扱います。

〈裏面もご確認ください〉

(裏面)

確認事項(以下の項目を確認し、□に✓をつけてください)

- ☐ 過去に他の市町村が実施する補正具購入にかかる同様の補助を受けていません。
- ☐ 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は他市町村の補助対象ではありません。
- ☐ この事業の実施に関し必要となる住民基本台帳に記載された情報や住民税課税状況について、市が調査することに同意します。
- ☐ 市が医療機関に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 市が補正具の購入先に対して購入内容を照会することに同意します。
- ☐ 市が高知県に対して当該補助実績に係る情報を提供することに同意します。

添付書類(以下の項目を確認し、□に✓をつけてください)

- ☐ がんの治療を受けていることを証明する書類の写し
(治療計画書、化学療法説明書、診断書等)
- ☐ 補正具を購入したことを証明する書類の原本
(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。)

様式第2号（第6条関係）

第 年 月 日 号

様

四万十市長

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました補助金について、四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

交付決定額

円

様式第3号（第6条関係）

第 年 月 日
号

様

四万十市長

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請却下決定通知書

年 月 日付で申請のありました補助金について、四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第6条第2項の規定により、下記の理由により申請を却下しましたので通知します。

記

却下の理由