

下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱を次のように定める。

令和2年9月1日

下田市長 松木 正一郎

下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん治療による外見変貌を補完する医療用補整具を購入したがん患者の精神的及び経済的負担の軽減を図るため、医療用補整具を購入したがん患者に対し、予算の範囲内において下田市がん患者医療用補整具購入費助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、下田市補助金等交付規則（平成30年下田市規則第48号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に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全頭用かつら（毛付き帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含む。）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（下着とともに使用するパッドを含む。以下同じ。）又は人工乳房をいう。

(助成対象者)

第3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) 申請日において下田市に住所を有する者
- (2) 医療機関においてがんと診断され、かつ、がん治療を過去に受けた、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の切除により医療用補整具を購入した者
- (4) 過去に他の地方公共団体から医療用補整具の購入費の助成等を受けていない者
- (5) 市税等を滞納していない者

(助成対象費用)

第4条 助成の対象となる費用は、医療用補整具の購入に係る費用（医療用補整具の附属品、ケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等をいう。）、郵送料等を除く。）とする。

(助成金の額等)

第5条 助成金の額は、次の表の左欄に掲げる医療用補整具の種類に応じ、それぞれ同表の右欄に定める額を上限とする。

医療用補整具の種類	上限額
医療用ウィッグ	2万円

乳房補整具	補整下着	2万円
	人工乳房	10万円

2 助成金の交付は、助成対象者1人につき医療用ウィッグ又は乳房補整具それぞれ1回限りとする。

(交付の申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする助成対象者（助成対象者が未成年である場合は、当該助成対象者の法定代理人。以下「申請者」という。）は、下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) がん治療に伴い脱毛又は乳房の切除をしたことを証明する書類（治療方針計画書等）
- (2) 医療用補整具の購入に係る領収書の写し
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項に規定する申請書の提出期限は、医療用補整具を購入した日の属する年度の末日までとする。ただし、1月1日から3月31日までの間に医療用補整具を購入した場合の提出期限は、医療用補整具を購入した日から起算して90日を経過した日までとする。

(交付の決定)

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、交付の可否を決定し、下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付決定（却下）通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

(実績報告等の省略)

第8条 市長は、第6条第1項各号に掲げる書類の提出をもって、実績報告を受けたものとみなす。

2 市長は、前条に規定する交付決定通知書をもって、当該助成金に係る確定通知を行ったものとみなす。

(助成金の請求)

第9条 申請者は、第7条の規定により交付の決定を受けたときは、速やかに下田市がん患者医療用補整具購入費助成金請求書（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

(助成金の返還)

第10条 市長は、助成金の交付を受けた申請者（以下「交付決定者」という。）が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、助成金の全部又は一部の交付決定を取り消し、交付決定者にその返還を請求するものとする。

(その他)

第11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

この告示は、公示の日から施行する。

下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

下田市長 様

医療用補整具の購入に係る費用について、助成金の交付を受けたいので、下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

※ 治療を受けた助成対象者が未成年の場合は、当該助成対象者の法定代理人が申請者となります。

助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話 ( )		
申請者 (助成対象者と 同じ場合は、 記入不要)	フリガナ	助成対象者との関係		
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話 ( )		
助成対象費用	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に○をつける。)	
			補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	
助成申請額	円			
過去における医療用補整具購入に係る助成金の受給の有無		無 ・ 有 (医療用ウィッグ・乳房補整具)		
<p>市が当該助成金の交付の可否を決定するに当たり、必要な公簿の閲覧並びに医療機関への治療等についての照会及び購入先への補整具の内容等についての照会をすることについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 ㊟</p>				

(添付書類)

- (1) がん治療を過去に受けた、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の切除をしたことを証明する書類 (治療方針計画書等)
- (2) 医療用補整具の購入に係る領収書 (申請者の氏名、購入した年月日、品名及び金額の記載のあるもの。ただし、医療用ウィッグにあっては全頭用であること、乳房補整具にあって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) の写し

第 号  
年 月 日

様

下田市長

下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった下田市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付について、下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり決定（却下）したので通知します。

記

- 1 交付決定額 円
- 2 却下した場合の理由

〈教示〉

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、下田市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に、下田市を被告として（訴訟において下田市を代表する者は下田市長となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（上記審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日（上記審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

下田市がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

年 月 日

下田市長 様

住 所  
申請者 氏 名 ⑩  
電 話

年 月 日付け第 号により交付決定を受けた下田市がん患者医療用補整具購入費助成金について、下田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり請求します。

記

金 円也

口座振込先

金融機関名称	銀行 信金 農協	本店 支店
口座種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

口座名義人が申請者でない場合は、以下に記入してください。

下田市がん患者医療用補整具購入費助成金の受領を	
住 所	
氏 名	に委任します。
年 月 日	
委任者 氏 名	⑩