

## 春日井市がん患者補整具購入費助成金交付要綱

### (趣旨)

第1条 市は、がん患者の治療と社会参加の両立を支援し、療養生活の質の向上を図るため、予算の範囲内で、がん患者の補整具（ウィッグ、医療用帽子又は乳房補整具をいう。以下「補整具」という。）の購入に要する経費に対し助成金を交付することとし、その交付については春日井市補助金等に関する規則（昭和54年春日井市規則第4号。第7条において「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

### (助成対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者（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) 交付申請日において、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外科的治療等による乳房の変形に対する補整具を購入していること。
- (4) 過去に県内市町村から、同種の補整具について助成金の交付を受けていないこと。

### (助成対象経費等)

第3条 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）及び助成金の額は、別表に掲げるとおりとする。

2 助成金の交付回数は、1人につき、助成対象経費ごとに1回とする。

### (申請者)

第4条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、原則として助成対象者が申請を行うものとし、助成対象者がやむを得ない理由で自ら申請を行うことができない場合に限り、他の者へ申請を委任することができるものとする。ただし、助成対象者が未成年の場合にあっては、申請者はその保

護者とする。

(交付の申請)

第5条 申請者は、春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書(第1号様式。以下「申請書」という。)に、次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) 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う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類
- (2) 補整具の購入に係る領収書
- (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は、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

(交付の決定)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに審査を行い、助成金の交付の可否及び交付額を決定するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、助成金を交付することを決定したときは春日井市がん患者補整具購入費助成金交付決定通知書(第2号様式)により、交付しないことを決定したときは春日井市がん患者補整具購入費助成金交付却下通知書(第3号様式)により、申請者に審査結果を通知するものとする。

(申請の取下げのできる期日)

第7条 規則第5条第1項の規定により申請の取下げをできる期日は、交付決定通知を受けた日から10日を経過する日とする。

(助成金の交付)

第8条 市長は、第6条の規定に基づき助成金の交付決定をしたときは、当該決定を受けた者が指定する金融機関口座への振込みにより助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第9条 市長は、虚偽その他の不正な手段により助成金の交付を受けた者に対し

て、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(雑則)

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

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要綱による助成金は、令和4年4月1日以後の補整具の購入について適用し、同日前の補整具の購入については、なお従前の例による。

#### 別表（第3条関係）

助成対象経費	助成金の額
ウィッグ（頭皮保護ネットを含む。）及び医療用帽子の購入費	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とし、合計して2万円を上限とする。
補整パッド又は人工乳房（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。）及びこれらを固定する下着の購入費	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とし、合計して2万円を上限とする。

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所  
氏名  
助成対象者との続柄（ ）  
電話番号（ ）

春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

春日井市がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたいので、春日井市がん患者補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付が決定した場合は、次のとおり助成金の交付を請求します。

対象者	フリガナ		生年月日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日（ 歳）		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
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う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳      ・治療方針計画書      ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ・医療用帽子	乳房補整具		
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）		（続柄 ）	
	購入費用	① 円(税込)	② 円(税込)		
	助成対象額	③(①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)※100円未満切り捨て 円	④(②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)※100円未満切り捨て 円		
助成金交付申請金額・請求金額(③と④の合計額)			円		
(申請者の振込先名義)	金融機関名		支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義人フリガナ				

(添付書類)

- 1 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う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグ及び医療用帽子の場合、ご本人名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）、医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名、乳房切除術、医療機関名が記載されているもの。）
- 2 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）

第2号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

春日井市長

春日井市がん患者補整具購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付の春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請について、次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

助成金交付決定額 金 \_\_\_\_\_ 円

第3号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

春日井市長

春日井市がん患者補整具購入費助成金交付却下通知書

年 月 日付の春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請について、次の理由により却下しましたので通知します。

申請却下の理由