

鯖江市がん患者アピランスサポート事業助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、化学療法、放射線療法、手術療法等を受けているがん患者に対して、がん治療に伴う脱毛、乳房切除等の外見変貌を補完する補整具（以下「補整具」という。）の費用を助成することにより、がん患者の経済的、心理的負担を軽減するとともに、社会参加を促進し療養生活の質の向上を図ることを目的として実施する鯖江市がん患者アピランスサポート事業に関し、鯖江市補助金等交付規則（昭和56年鯖江市規則第13号）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 助成金の交付対象者（以下「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、市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がん治療を受けた者または現に受けている者であつて、第5条に規定する申請日から起算して過去1年以内に補整具を購入した者
- (3) 第5条に規定する申請日と同一年度に鯖江市および他の地方公共団体から同種の助成を受けていない者

(事業期間)

第3条 事業の実施期間は、4月1日から翌年3月31日までとする。

(助成対象経費)

第4条 助成対象経費は、次に掲げる補整具の購入額の総額とする。

- (1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。）
- (2) 胸部補整具（補整下着、人工乳房、シリコンパッド等）
- (3) その他市長が認める補整具および付属品、ケア用品等

2 前項の規定にかかわらず、過去に本事業による助成を受けた補助具と同一のものについては、再度助成の対象としない。

(助成金額および回数)

第5条 助成金は、予算の範囲内で交付するものとする。ただし、前年度以前に交付を受けた者であっても、前条の要件を満たす場合には、当該年度に申請することができる。

2 対象者への助成回数は、同一年度内において1回を限度とする。

3 助成対象経費の総額が20,000円以上の場合に、助成対象経費の総額の2分の

1 を乗じた額（その額に 1, 0 0 0 円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）を助成するものとし、2 0, 0 0 0 円を限度とする。

（助成金の申請）

第 6 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、鯖江市がん患者アピランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書（様式第 1 号）に次の各号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） 助成対象補整具の購入に係る領収書の写し等、購入した金額が証明できるもの

（2） 振込口座が確認できるもの

2 申請者は、助成金交付申請に係る関係書類の提出および当該助成金の請求手続を民法（明治 2 9 年法律第 8 9 号）第 6 4 3 条に基づき委任することができる。この場合において、委任の事実を確認するため、市長は委任状その他必要な書類の提出を求めることができる。

（助成金の決定）

第 7 条 市長は、前条の申請書兼請求書を受理した場合は、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、申請者に鯖江市がん患者アピランスサポート事業助成金交付決定通知書兼振込通知書（様式第 2 号）または鯖江市がん患者アピランスサポート事業助成金交付申請却下通知書（様式第 3 号）により、その旨を通知するものとする。

（助成金の交付方法）

第 8 条 助成金の交付は、申請者が指定する金融機関等に助成金を振り込むことにより行うものとする。

（助成金の返還）

第 9 条 市長は、申請者が偽りその他不正な手段によって助成金を受け取ったと認めるときは、交付の決定を取り消し、期限を定めてその全部または一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第 1 0 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 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鯖江市長 殿

鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		助成対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他代理人
	住所	〒 — (電話番号)) 鯖江市		
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要。)			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	住所	〒 — (電話番号)) 鯖江市		
過去の助成状況	本年度中に鯖江市および他の地方公共団体から、がん治療に伴う補整具の購入経費の助成を受けたことがありますか (<input type="checkbox"/> にチェック)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
がんの治療状況	医療機関名		治療方法 (<input type="checkbox"/> にチェック)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他()
	治療開始時期	年 月 頃		
購入した補整具	種類 (<input type="checkbox"/> にチェック)	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 <input type="checkbox"/> 胸部補整具等 <input type="checkbox"/> その他		
	購入日	年 月 日 (複数購入の場合は、一番古い購入日を記入してください。)		
	購入費用	円	申請額 (請求額) (この欄は記入しない)	円

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協 ()			本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	店番号	口座番号	
フリガナ				
口座名義				

- 必要書類 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類（購入から1年以内）
 振込先口座の通帳の写し（助成対象者名義で振込口座の内容が分かる部分の写し）
 委任状（申請者がその他代理人の場合）

事務 処理 確認欄	
-----------------	--

委任状

鯖江市長 殿

【受任者】

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

私は上記の者を受任者と定め、鯖江市がん患者アピアランスサポート事業の助成金交付申請に係る一切の関係書類の提出および当該助成金の請求手続について、これを委任します。

年 月 日

【委任者（助成対象者）】

住所 _____

自筆署名 _____

様式第2号（第6条関係）

鯖江市指令健第 号
年 月 日

様

鯖江市長

鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金
交付決定通知書兼振込通知書

年 月 日付で申請のありました鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請について、下記のとおり決定しましたので通知します。

交 付 決 定 額	円
振 込 予 定 日	年 月 日

様式第3号（第6条関係）

鯖江市指令健第 号
年 月 日

様

鯖江市長

鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金

交付申請却下通知書

年 月 日付で申請のありました鯖江市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請について、下記の理由により却下しましたので通知します。

理由	
----	--