

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん治療における薬物療法又は放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除等のがん治療による外見変貌を補完する補整具（以下「補整具」という。）の購入費用を補助することにより、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、就学、就労等の社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図るため、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、補助金等の交付に関する条例（昭和29年条例第19号）に定めるもののほか、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となる者（以下「補助対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第5条第1項の申請の日において本市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、薬物療法、放射線療法、手術療法等によるがん治療を受けた者又は現に受けている者
- (3) 前号に規定するがん治療により脱毛し、又は乳房を切除したため、補整具を購入した者
- (4) この要綱による補助金の交付を受ける補整具について、他の補助金等を受けていない者

2 前項の規定にかかわらず、補助対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則（平成23年規則第28号。以下「規則」という。）第4条各号のいずれかに該当すると認める場合は、補助金の交付の対象としない。

(補助対象経費及び補助基準額)

第3条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、補助対象者が次に掲げる補整具の購入に要した費用（消費税及び地方消費税額を含む。）とする。ただし、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、付属品、ケア用品等の購入費用及び文書料等については、補助金の交付の対象としない。

- (1) 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及び部分用ウィッグをいい、ウィッグ装着に必要な頭皮保護用のネット及び毛付き帽子を含む。）
- (2) 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。）

2 補助基準額は、補整具を購入した個数にかかわらず、1人につき2万円とする。

(補助金額)

第4条 補助金額は、補助基準額を限度として予算の範囲内において、市長が認める額とする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助対象者は、補助金の交付を受けようとするときは、補整具を購入した日の属する年度内に、補助金交付申請兼請求書（様式第1号。以下「申請兼請求書」という。）に次に掲げる書類を添えて、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、当該年度内に申請が困難と市長が認める場合には、翌年度に申請することができる。

- (1) 第3条第1項各号に掲げる補整具の購入に係る領収書の原本（購入者名、品名、金額等の記載のあるものに限る。）
- (2) 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類
- (3) 現住所及び生年月日が確認できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、補整具を複数購入した費用を合計して行うことができるものとし、当該申請は1人につき1回とする。

3 第1項の申請期限は、補整具を購入した日から1年を経過した日とする。

(補助金の交付決定)

第6条 市長は、前条第1項の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、適当と認めたときは交付すべき補助金額を確定し、補助金交付決定兼補助金支払通知書（様式第2号）により、

当該申請をした補助対象者に通知するとともに補助金を支払うものとし、適当でないとしたときは所定の補助金交付却下通知書により、当該申請をした補助対象者に通知するものとする。

2 市長は、補助金の交付決定に際し、必要な条件を付することができる。

3 第1項の規定により補助金の交付決定を行った場合において、申請兼請求書の振込先口座等の記載の不備による振込不能等のため当該申請者に補助金の支払いができず、確認等に努めたにもかかわらず当該請求があった年度の翌年度の4月20日までに申請兼請求書の補正が行われなかったときは、当該請求が取り下げられたものとみなす。

(交付申請の取下げ)

第7条 前条第1項の規定により補助金の交付決定を受けた補助対象者（以下「補助利用者」という。）は、その内容又はこれに付された条件に不服があり、交付申請を取り下げようとするときは、当該交付決定の通知を受けた日から2週間以内に、その旨を所定の補助金交付申請取下届出書により市長に届け出るものとする。

2 前項の規定による申請の取下げがあったときは、当該申請に係る補助金の交付決定及び補助金額の確定はなかつたものとみなす。

(補助金の交付決定の取消し)

第8条 市長は、補助利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。

(2) 規則第4条各号のいずれかに該当することとなったとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、補助金の交付の決定の内容又はこれに付した条件その他この要綱に基づく命令に違反したとき。

2 前項の規定は、補助事業について交付すべき補助金の額の確定があった後においても適用があるものとする。

3 市長は、第1項の規定による取消しをしたときは、所定の補助金交付決定取消通知書により利用者に通知するものとする。

(補助金の返還)

第9条 市長は、前条第1項の規定に基づき補助金の交付の決定を取り消した場合において、当該取消に係る部分に関し、既に補助金を交付しているときは、期限を定めて、その返還を命じなければならない。

(調査等)

第10条 市長は、補助金の適正な交付を確保するために必要な限度において、補助利用者に対し、書類の提出若しくは報告を求め、又は必要な調査をすることができる。

(その他)

第11条 この要綱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

1 この要綱は、令和6年4月24日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

2 この要綱の規定は、令和6年4月1日以降に購入する補整具から適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の日前にこの要綱による改正前の高知市がん患者アピランスケア支援事業費補助金交付要綱の規定に基づき交付申請のあった補助金については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱の規定は、令和8年4月1日以降に購入する補整具について適用し、同日前に購入した補整具については、なお従前の例による。
(特例)
- 3 この要綱（高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱の規定中読点として表記する「、」を「、」に改める改正規定に限る。）は、この要綱の施行の日前に施行された高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱の一部を改正する要綱についても適用する。

申請日（請求日） 年 月 日

高知市長 様

補助金交付申請兼請求書

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、高知市がん患者アピアランスケア支援事業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交付を申請します。また、補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定を受けた当該補助金について請求します。なお、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (補助対象者)	氏名							
	住所							
	生年月日	年	月	日	電話番号	-	-	
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ・乳房補整具			ウィッグ・乳房補整具			
	購入年月日 (領収書の日付)	年	月	日	年	月	日	
	購入費用	円(税込)			円(税込)			
補助金申請(請求)額		円(※上限2万円)						
振込先口座 (申請者名義のもの)	金融機関名				支店名			
	口座種別	普通・当座			口座番号			
確認事項 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 過去に他の市町村が実施する補整具購入にかかる同様の補助を受けていません。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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について、市が調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 市が補整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。 <input type="checkbox"/> 市が高知県に対して当該補助実績にかかる情報を提供することに同意します。							
添付書類 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の原本(購入者名、品名、金額等の記載のあるもの。) <input type="checkbox"/> 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 現住所及び生年月日が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 通帳の口座情報が確認できる部分(通常は表紙の裏側)の写し <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類()							

注意事項

- この申請書は高知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。
- 振込は、補助金の交付の決定があった日から1か月程度かかります。

様

補助金交付決定兼補助金支払通知書

年 月 日付けで交付申請のありました高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金については、下記のとおり交付することに決定し、補助金額を確定しました。

つきましては、ご指定の金融機関預貯金口座に支払いますので、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第6条第1項の規定により通知します。

年 月 日

高知市長

記

1 補助金確定額 金 円

2 交付の条件

- (1) 高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱を遵守すること。
- (2) この指令に違反したときは、補助金の全部又は一部を返還させることがある。
- (3) この補助金については、本市職員が調査し、又は監査委員が監査することがある。