

魚津市告示第24号

魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和2年3月24日

魚津市長 村椿 晃

魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、魚津市補助金等交付規則（平成2年魚津市規則第6号）第21条の規定に基づき、がん患者の就労、社会参加等を支援することにより療養生活の質の向上を図るため、医療用ウィッグ及び乳房補正具（以下「補正具」という。）を使用するがん患者に対し魚津市がん患者補正具購入費用助成金を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(交付対象者)

第2条 助成金の交付の対象となる者（以下「交付対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 申請日において引き続き1年以上魚津市に住所を有していること。
- (2) がん治療を受けた者又は現に受けている者であること。
- (3) がん治療に伴う脱毛や乳房切除により、補正具を購入したこと。
- (4) 市税等の滞納がないこと。

(助成対象経費等)

第3条 助成対象経費、助成金の額及び限度額は次の表のとおりとする。ただし、この告示による助成金と同種の他の助成金等の交付を受けている場合は、購入に要した費用からその助成金等を差し引いた額を助成対象経費とする。

補正具の種類	助成対象経費	助成金の額	限度額
乳房補正具 (右側)	補正パット又は人工乳房（これらを固定する下着を含む。）の購入経費	1万円	助成対象経費の2分の1に相当する額 (千円未満の端数があるときはこれを切り捨てる。)
乳房補正具 (左側)		1万円	
医療用ウィッグ	ウィッグ本体（頭被保護用ネットを含む。）の購入経費	2万円	

(交付申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする者は、魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、次に定める書類を添付して市長に提出しなければならない。

（1） 補正具の購入に係る領収書の写し

（2） がん治療を受けていること又は受けていたことを証する書類の写し

2 前項の規定による助成金の交付申請の期限は、補正具を購入した日から1年以内とする。

（交付決定）

第5条 市長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、助成の適否及び助成金の額を決定の上、魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

（助成金の返還）

第6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の返還を命ずることができる。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、令和2年4月1日から施行し、同日以降に購入した対象補正具について適用する。

（この告示の失効）

2 この告示は、令和5年3月31日限り、その効力を失う。

様式第1号（第4条関係）

魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

（申請者） 干

住所

氏名

印

（助成対象者との続柄）

電話番号

魚津市がん患者補正具助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。また、交付要件の確認のため、所在及び市税等の納付状況について確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ		性別	生年月日（申請時における年齢）	
	氏名		男・女	年 月 日（ 歳）	
	住所 （申請者と同一の場合は記載不要）	干 電話番号（ ） -			
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ（保護用ネット含む）		乳房補正具（右・左）	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用(A)※	円（税込）		円（税込）	
	(A)の1/2の額	円		円	
	(B)	※1,000円未満切捨		※1,000円未満切捨	
	上限限度額 (C)	20,000円		左右 各 10,000円	
(B)または(C) のいずれか低い額	①	円	②	円	
助成申請額（①+②）		円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店		預金種別	普通・当座
	フリガナ 口座名義人	信用組合・農協 出張所		口座番号	
添付書類		<input type="checkbox"/> ①がん治療を受けている又は受けていたことが分かる書類 （化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等） <input type="checkbox"/> ②補正具の領収書等、購入した金額及び商品が分かる書類 <input type="checkbox"/> ③同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額が分かる書類			

※同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入。

様

魚津市長

魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市がん患者補正具購入費用助成金について下記のとおり決定（却下）しましたので、魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱第5条の規定により通知します。

記

1. 決定した内容

対象者	住 所	魚津市		
	氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日
交付決定額	円			

2. 却下の理由