

鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金（以下「本補助金」という。）の交付について、鳥取市補助金等交付規則（昭和42年鳥取市規則第11号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(交付目的)

第2条 本補助金は、化学療法・放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除など、がん治療による外見変貌を補完する補整具等の購入費用を助成することにより、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、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交付する。

(補助対象がん患者の要件)

第3条 本補助金を活用する対象となるがん患者（以下「補助対象がん患者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 鳥取市、岩美町、八頭町、若桜町又は智頭町の区域内に住所を有している者であること。
- (2) 次のいずれかに該当する者であること。
 - ア がんの治療（化学療法又は放射線療法に限る。）を受けた若しくは現に受けている者
 - イ 乳がん等の治療（手術療法に限る。）を受けた者
- (3) 当該がん患者が属する世帯の構成員全ての市町村民税所得割額（年額）を合計した額が235,000円未満であること。
- (4) 申請に係る補整具等と同じ区分に属する補整具等について過去に本補助金又は鳥取県がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱（平成28年4月1日施行）に基づく補助金の交付を受けていないこと。

(補助対象事業等)

第4条 本補助金の交付の対象となる者は別表の第1項に掲げる者とし、本補助金の交付の対象となる事業（以下「補助対象事業」という。）は同表の第3項に掲げる補整具等（以下「補助対象補整具等」という。）を購入する事業とする。

- 2 本補助金は、補助対象事業に要する別表の第4項に掲げる経費の額に2分の1を乗じて得た額（同表の第5項に定める額を上限とし、千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。）以内で算定し、予算の範囲内で交付する。

(交付申請等の時期等)

第5条 本補助金は規則第11条の2第1項の規定により本補助金の交付の申請及び請求を併合して行うこととし、本補助金の交付の申請及び請求に係る申請書は、様式第1号によるものとする。この場合において、本補助金の請求は、本補助金の交付の決定がされた場合に、当該交付の決定の日になされたものとみなす。

- 2 前項の申請が行われた日（以下、「申請日」という。）に応じ、別表第2項のとおり補助対象期間を定めるものとする。
- 3 規則第4条第1号、第2号及び第4号に掲げる書類は、次の各号に掲げるものとする。
 - (1) 補助対象補整具等の購入に係る領収書の写し
 - (2) 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類
 - (3) 補助対象がん患者の属する世帯員全員の所得及び市町村民税の課税額を証明する書類で市町村長が発行するもの
 - (4) その他市長が必要と認める書類

(交付決定の時期等)

第6条 本補助金の交付の決定は、当該交付申請を受けた日から起算して30日が経過する日までの間に行うものとする。

2 市長は、交付の決定を行った日から30日以内に補助金を交付する。

(着手届等を要しない場合)

第7条 本補助金に係る補助事業は、規則第10条第1項第3項に規定する市長が別に定める場合とし、同項に規定する着手届の提出は要しないものとする。

2 本助成金に係る補助事業は、規則第11条第3項ただし書に規定する市長が指定する補助事業とし、同項に定める書類の提出は要しないものとする。

3 本補助金に係る補助事業は、規則第12条ただし書に規定する補助事業等とし、同条に定める補助事業等実績報告書の提出は要しない。

(申請履歴の把握)

第8条 市は、本補助金の適正な交付のため、あらかじめ申請者の同意を得た上で、本補助金の交付の状況を鳥取県へ提供するとともに、鳥取県がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱（平成28年4月1日施行）に基づいて交付された助成金の交付の状況の提供を受けるものとする。

(雑則)

第9条 規則及びこの要綱に定めるもののほか、本補助金の交付について必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成30年4月16日から施行し、この要綱による改正後の鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱の規定は平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は平成30年4月27日から施行し、この要綱による改正後の鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱の規定は平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は令和元年6月1日から施行し、この要綱による改正後の鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱の規定は平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は令和3年12月17日から施行し、令和3年度補助金から適用する。

附 則

この要綱は令和5年4月1日から施行する。

別表（第4条、第5条関係）

1 補助対象者	補助対象がん患者のために平成30年1月1日以後第3項に掲げる補整具等を購入した者（補助対象がん患者本人又はその3親等以内の親族に限る。）とする。
2 補助対象期間	申請日の属する年度の前年度の1月1日以降。ただし、がん治療の受療により期限内の申請が困難な場合、第5条第3項に掲げる書類の発行に相当の時間を要する場合、その他やむを得ない場合として市長が認める場合は、前年度の4月1日以降。
3 補助対象となる補整具等	補助対象期間に購入されたもので、次の各号に掲げる補助対象がん患者の区分に応じ、当該各号に定めるものとする。 (1) 第3条第2号アに該当する者 全頭かつら及び装着に必要な頭皮保護用のネット (2) 第3条第2号イに該当する者 補整下着等の胸部補整具等
4 補助対象経費	第3項に掲げる補整具等の購入経費
5 補助上限額	50千円

様式第1号（第5条関係）

鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳥取市長 様

(申請者)

(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(自署の場合は押印不要)

(続柄：補助対象がん患者の_____)

電話番号 _____

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取市補助金等交付規則第4条の規定により申請します。また、補助の適正を図るために必要な場合は、鳥取県に過去の交付状況の照会・提供を行うことについて同意します。なお、交付決定後は、下記交付決定額を請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏 名		
	住 所		
	生年月日	年	月 日
	過去の補助金受給の有無	過去にこの補助金を受けたことがありますか。 有 ・ 無	
2 補助対象経費	区 分	ア 全頭かつら (装着用のネットを含む。)	イ 補整下着等
	購入費用	円	円
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
3 交付申請額	円 (購入費用×1/2、千円未満切り捨て、上限5万円)		
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具等 (全頭かつら (装着ネットを含む。)・補整下着) の領収書など購入した金額が分かる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> (補助対象がん患者の) 世帯全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類 <input type="checkbox"/> (他からの助成がある場合) 他からの助成額の金額が分かる書類		
5 他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり (円) <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合はその助成額が分かる書類を添付すること。		

6 振込先 補助金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。

ふりがな		貯金種別	普通・当座						
口座名義人 (※申請者名義)									
金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	口座番号						

鳥取市記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---