

島根県がん患者社会参加応援事業補助金交付要綱

(通則)

第1条 島根県がん患者社会参加応援事業補助金（以下「補助金」という。）については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等交付規則（昭和32年島根県規則第32条）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(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、就労等社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図ることを目的として交付する。

(補助金の交付)

第3条 知事は、前条の目的に資するため、次条に規定する者のために第5条に規定する補整具を購入した者（対象がん患者本人又は3親等以内の親族）に対し、予算の範囲内で本補助金を交付する。

(補助対象者)

第4条 この要綱による補助の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の要件をすべて満たす者とする。

- (1) 島根県に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がん治療を受けた又は現に受けている者
- (3) がん治療に伴い脱毛又は乳房を切除し、補整具を購入している者
- (4) 市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者
- (5) 申請を行う補整具に対して、他の補助金等を受けていない者

(補助対象経費)

第5条 補助の対象経費は、次に掲げる補整具の購入額とする。ただし、付属品及びケア用品を除く。

- (1) ウィッグ（全頭用）および装着に必要な頭皮保護用のネット
- (2) 補整下着等の胸部補整具

(補助金額)

第6条 本補助金は、前条に掲げる経費に2分の1を乗じて得た額（千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額。）以内とする。ただし、20,000円を上限とする。

2 補助金の交付は、対象者1人当たりそれぞれ1回とする。

(交付申請及び実績報告)

第7条 補助を受けようとする者は、島根県がん患者社会参加応援事業補助金申請書兼実績報告書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、知事に提出することとする。

- (1) 補助対象補整具の購入に係る領収書等
- (2) がん治療を受療している又は受療したことを証する書類
- (3) 対象者及び対象者と同一世帯に属する者全員の記載のある住民票の写し(マイナンバーの記載が無いものに限る。)
- (4) 前号に定める住民票上の世帯全員(以下「世帯構成員」という。)の記載がある市町村住民税(所得割)の課税年額を証する書類
但し、世帯構成員の中で義務教育終了前にある者については当該書類を省略することができる。
- (5) その他知事が必要と認める書類

2 前項の補助金申請書兼実績報告書の提出期限は、補整具を購入した日の属する年度の年度末日とする。

(交付決定及び額の確定)

第8条 知事は、前条の規定による交付申請及び実績報告を受けたときは、当該申請の内容を審査の上、交付の可否を決定し、交付するときは申請者に島根県がん患者社会参加応援事業補助金交付決定兼確定通知書により通知するものとする。

(補助金の支払い)

第9条 知事は、前条の規定による通知をした日から、30日以内に申請者に支払うものとする。

(交付決定の取消し等)

第10条 知事は、次の各号のいずれかに該当したときは、補助金の交付決定及び確定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 申請者が本要綱に違反し、その他不正な行為により補助金の交付を受けたとき。
- (2) 補助金の交付後において、当該交付申請が交付の要件を満たさないことが判明したとき。

2 申請者は、前項の交付決定及び確定の取消しがあった場合には当該取消しに係る部分に関し、既に補助金が交付されているときは、補助金を返還しなければならない。

(証拠書類等)

第11条 補助金と事業に係る証拠書類については、補助事業終了の年度から起算して5年間保管しておかなければならない。

(補則)

第 12 条 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別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成 29 年 5 月 23 日から施行し、同 4 月 1 日以降に実施された事業について適用する。
- 2 この要綱は、平成 30 年 5 月 15 日から施行し、同 4 月 1 日以降に実施された事業について適用する。
- 3 この要綱は、令和元年 6 月 12 日から施行し、平成 31 年 4 月 1 日以降に実施された事業について適用する。
- 4 この要綱は、令和 2 年 6 月 10 日から施行し、令和 2 年 4 月 1 日以降に実施された事業について適用する。
- 5 この要綱は、令和 3 年 2 月 1 日から施行する。
- 6 この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。
- 7 この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

島根県がん患者社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

島根県知事 様
〒 ー

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄：補助対象がん患者の _____)

電話番号 _____

(日中に連絡が取れる電話番号)

島根県がん患者社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。

| | | |
|--|---|--|
| 1 対象者 (がん患者) | 氏 名 | 〒 ー |
| | 住 所 | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 2 対象経費 | 区 分 ※該当するものに☑をつけてください。 | <input type="checkbox"/> ウィッグ（全頭用）（装着用のネットを含む） <input type="checkbox"/> 補整下着等 |
| | 購 入 日 | 年 月 日 |
| | 購入費用 | 円 |
| 3 交付申請額 | ※購入費用の1/2（千円未満切り捨て） 上限2万円 円 | |
| 4 確認事項 ※該当するものに☑をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 過去にこの補助金（同一区分）を受けていない。 ※補助回数は1人1回です（ウィッグ、補整下着等それぞれ1回ずつです）。 <input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具の購入に対して、他の助成を受けていない。 | |
| 5 添付書類 ※該当するものに☑をつけてください。 ※すべてコピーでもかまいません。 | <input type="checkbox"/> 領収書等（あて名（氏名）、購入日、品名（例：ウィッグ全頭用）、金額、発行者名等） <input type="checkbox"/> 病名の分かる書類（氏名と確定された診断名の入った入院診療計画書など） <input type="checkbox"/> 【ウィッグ】脱毛の原因となった抗がん剤名や、放射線治療を受けたことが分かる書類（氏名の入った診療明細書、治療計画書など） <input type="checkbox"/> 【補整下着等】補整下着等が必要となった手術を受けたことが分かる書類 <input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の記載のある住民票（発行から3ヶ月以内であり、マイナンバーの記載が無いもの） <input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の市町村民税（所得割）の課税年額を証する書類（義務教育終了前の者に係る分については省略できます） | |

→ 裏 面 ^

6 振込先

該当するものに☑をつけてください。

- 通帳のコピーを同封します。
 次の欄に記入します。

| | | | | |
|--------------------|----------------|--------------------|------|-------|
| 金融機関名 | 銀行・金庫 農協・組合 | 本店・支店・本所 支所・出張所 | | |
| 口座種別 ※該当するものに○印 | 1.普通 | 2.当座 | 3.貯蓄 | 4.その他 |
| 口座番号 | | | | |
| フリガナ | | | | |
| 口座名義 | | | | |

【注意事項】

全ての項目を確認し、☑をつけてください。

※「島根県がん患者社会参加応援事業補助金 Q&A」もご覧ください。

| | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 記載漏れはありませんか。 ※「3 交付申請額」の欄も記載が必要です。 | QA16 QA17 |
| <input type="checkbox"/> 申請者、購入者（領収書のあて名）及び口座名義は同一ですか。 ※購入された方に補助金交付を行います。 | QA13 |
| <input type="checkbox"/> 領収書等は次の必要事項が記載されていますか。 <input type="checkbox"/> あて名はフルネームですか。 <input type="checkbox"/> 購入した品名等が記載されていますか。 ※ウィッグの場合、全頭用（フルウィッグ）である旨等の記載が必要です。 <input type="checkbox"/> 金額に補助対象外品が含まれている場合、金額の内訳は記載されていますか。 ※補助対象額は本体価格（税込み）に限ります。 <input type="checkbox"/> 購入日、発行者名の記載はありますか。 | QA18 QA22 |
| <input type="checkbox"/> 病名の分かる書類に、がん患者様の氏名（フルネーム）及び確定された診断名は記載されていますか。 ※“がんの疑い”では診断が確定していませんのでご注意ください。 | QA10 QA23 |
| <input type="checkbox"/> 抗がん剤や放射線治療、手術に関する書類に、がん患者様の氏名（フルネーム）は記載されていますか。 | QA24 |
| <input type="checkbox"/> 住民票の最後に「世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明する」という旨の記載が入っていますか。 ※お一人世帯の方もこの記載のある住民票が必要です。 | QA11 QA25 QA27 |
| <input type="checkbox"/> 市町村民税（所得割）の課税年額を証する書類は、世帯全員分揃っていますか。 ※被扶養者の方もご提出が必要です。 ※課税年額が0円の方もご提出が必要です。 | QA11 QA28 |
| <input type="checkbox"/> 世帯全員の市町村民税（所得割）の課税年額の合計は235,000円未満ですか。 ※世帯合計額235,000円以上の場合は補助金を交付できません。 | QA11 QA28 |