

令和4年度前橋市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要項

令和4年4月1日から適用

| |
|---|
| <p>取扱担当課 前橋市健康部保健所 健康増進課（前橋市保健センター3階） 電話 220-5784（直通） 224-1111（内線84-1308） 電子メールアドレス kenkouzousin@city.maebashi.gunma.jp</p> |
|---|

この補助金の交付目的、内容、交付手続等は、次のとおりです。

| | |
|------|--|
| 交付目的 | <p>がんの病気治療（以下「がん治療」といいます。）に伴う外見の変化を補うための補整具（以下「補整具」といいます。）の購入費用の一部を補助することにより、がん患者の心理的及び経済的な負担を軽減するとともに、生活の質の向上と就労等の社会生活を支援することを目的とします。</p> |
| 内容 | <p>交付対象者</p> <p>前橋市がん患者アピアランスサポート事業補助金の交付を受けることができる対象者は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当する者としてします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 前橋市内に住所を有する者（前橋市の住民基本台帳に1年以上継続して登録されている者） 2 申請日において、がん治療に伴う脱毛、乳房等身体の一部切除等に起因し、補整具の装着を必要とする者 3 他の法令等による同種の補助等を受けていない者 4 市税を滞納していない者 |
| | <p>交付対象補整具</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 令和4年4月1日以降に購入したもの 2 ウィッグ本体（がん治療による頭部の脱毛を補うために着用するかつら）及びウィッグの装着時に必要な頭皮保護用ネット 3 胸部補整下着、胸部補整パッド及び人工乳房等の胸部補整具、エピテーゼ 4 その他、市長が特に必要と認める補整具 <p>※「がん治療に伴う補整具購入に係る証明書」（様式第3号）の発行に係る費用は交付対象にはなりません。</p> |
| | <p>交付金額</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者1人につき30,000円を上限とします。 2 購入金額が30,000円に満たない場合は、購入実費額とします。 3 1人につき1回限りの交付とします。 |

| | | |
|--------------|--------------------|--|
| <p>交付手続等</p> | <p>交付条件</p> | <p>1 補助対象者は、補助事業の遂行に関する報告及び実地調査に応じることを求められた場合は、これに応じなければなりません。</p> <p>2 補助対象者は、補助事業に係る収入及び支出を明らかにした書類、帳簿等を常備し、事業終了後5年間保存し、提出を求められた場合は、これに応じなければなりません。</p> <p>3 補助対象者は、前橋市補助金等交付規則（平成10年前橋市規則第34号）、この要項及び交付決定通知書に記載の交付条件を遵守しなければなりません。</p> |
| | <p>交付申請の方法、時期等</p> | <p>交付対象補整具の購入から1年以内に次の書類により申請してください。</p> <p>ただし、交付決定総額が予算額に達した時点で受付を終了します。</p> <p>1 交付申請書兼実績報告書（様式第1号）</p> <p>2 添付書類</p> <p>(1) がん治療の診療に関する書類（診療明細書等の医師により、がんであることの確定診断されたことがわかる書類）※注ア</p> <p>(2) 補装具の購入に要した費用に係る領収書原本（宛名、金額、但し書き（品名）、日付（購入日）、発行者名の明細がわかるもの）※注イ</p> <p>(3) 本人確認書類（申請者の身分証（運転免許証、マイナンバーカード等））※窓口提示又は写しを添付</p> <p>(4) その他市長が必要と認める書類</p> <p>※注</p> <p>ア 添付書類の(1)の提出が困難な場合は「がん治療に伴う補整具購入に係る証明書」（様式第3号）に替えることができます。</p> <p>イ 申請の期限は、購入後1年以内です。なお、補助上限に満たない場合は、複数の補整具購入費を合算して請求できますが、購入日にご注意の上一括して申請してください。</p> |
| | <p>交付決定の時期等</p> | <p>申請書類等の審査及び調査を行い、受理した日から30日以内に、交付の可否、金額等を決定し、通知します。</p> |

| | | |
|----------------|----------------------------------|---|
| | <p>請求の方法、 支払時期等</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 交付決定後、請求書（様式第4号）及び通帳の写し（金融機関名、本・支店等名、口座番号、口座名義人が分かるもの）により請求してください。 請求に基づき、指定された口座に振り込みます。 2 交付決定後、上記請求書の内容を確認し、請求書を受理した日から30日以内に支払います。 |
| | <p>交付決定の 取消又は補助 金の返還</p> | <p>次の事実が判明した場合は、補助金の交付決定の全部が取り消され、全額を返還することになります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 偽りその他不正な手段により交付決定又は交付を受けたとき。 2 この要項、交付決定の内容及びこれに付した条件に違反したとき。 |
| <p>様 式</p> | <p>申請書等の 様式</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 交付申請書兼実績報告書（様式第1号） 2 交付決定通知書兼補助金額確定通知書（様式第2号） 3 がん治療に伴う補整具購入に係る証明書（様式第3号） 4 補助金交付請求書（様式第4号） 5 前橋市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定（却下）通知（様式第5号） 6 前橋市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定取消兼補助金返還通知書（様式第6号） |