

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱

(目的)

第1条 浜松市は、がん患者の治療と社会参加等の両立を支援し、療養生活の質の向上及び経済的負担の軽減を図るため、がん治療による外見の変貌を補完する医療用補整具を購入するがん患者に対し、予算の範囲内で補助金を交付するものとし、その交付に関しては、浜松市補助金等交付規則（昭和55年3月31日浜松市規則第17号。以下「規則」という。）及びこの要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

(1) 医療用補整具

医療用ウィッグ又は乳房補整具をいう。

(2) 医療用ウィッグ

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ウィッグ(かつら)をいう。

(3) 乳房補整具

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及び下着とともに使用するパッド（シリコン製を含む）又は人工乳房（直接肌に張り付けて使用するもの）をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てを満たす者のうち市税を完納している者とする。

(1) 市内に住所を有する者

(2) がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている者

(3) がん治療に起因する脱毛又は乳房を切除したことに伴う医療用補整具を購入した者

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、補助の対象としない。

(1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）

(2) 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）

(3) 暴力団員等と密接な関係を有する者

(4) 前3号に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

- (5) 前各号に掲げる者のほか、公の秩序に反するおそれがあると認められる団体
- 3 補助金は、第2条に定める医療用補整具を購入した者に対し、それぞれ1回を限度として交付するものとする。この場合において、過去に他の地方公共団体から各医療用補整具と同種の補助等を受けている場合は、それぞれ1回とみなす。

(補助対象となる医療用補整具及び補助対象経費)

第4条 補助金の交付の対象となる医療用補整具は、次の表のとおりとする。なお、付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外とする。

区分	要件
医療用ウィッグ	全頭用であるもの（毛付き帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含む。）
乳房補整具	補整下着及び下着とともに使用するパッド（シリコン製を含む）又は人工乳房（直接肌に張り付けて使用するもの、ただし乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）のいずれかとする。

2 補助金の交付対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、前項に規定する医療用補整具の購入費とする。

3 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する事業は、補助の対象としない。

- (1) 市の他の助成制度による財政的支援を受けた事業、又は受ける見込みのある事業
- (2) 国、他の地方公共団体又は公共的団体の助成制度による財政的支援を受けた事業、又は受ける見込みのある事業

(補助金の額等)

第5条 補助金の額は、前条第1項の医療用補整具ごとに、補助対象経費の2分の1に相当する額の範囲内において市長が定める額とし、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める金額を限度とする。

- (1) 医療用ウィッグ 2万円
- (2) 乳房補整具 次に定める額
- ア 補整下着（下着とともに使用するパッド（シリコン製を含む）も含む）2万円
- イ 人工乳房 10万円

(交付の申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする者（その者が未成年である場合にあっては、その法定代理人）（以下「申請者」という。）は、浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添付して、補助金の交付対象となる医療用補整具の購入後、市長に提出しなければならない。

- (1) 薬物療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。）
 - (2) 医療用補整具の購入に係る領収書（申請者の氏名、購入した年月日（領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの）、品名、金額の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。）
 - (3) 商品カタログ等の購入した補整具が確認できるもの（乳房補整具の購入に限る）
 - (4) その他市長が必要と認める書類
- 2 前項の申請期限については、次のとおり取り扱うものとする。
- (1) 4月から12月までの間に補助対象の医療用補整具を購入した場合 購入日の属する年度内
 - (2) 1月から3月までの間に補助対象の医療用補整具を購入した場合 購入日の翌日から起算して90日を経過した日まで
- 3 市長は、申請を受け付けた日を基準に、補助対象年度を判定するものとする。
(交付決定等)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、速やかに費用の補助の可否を決定するとともに、交付を決定したときは浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付通知書（決定及び確定）（様式第2号）により、不交付を決定したときは浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付を行わない旨の通知書（様式第3号）により通知するものとする。
(交付の条件)

第8条 前条の規定による交付の決定には、次に掲げる条件を付するものとする。

- (1) 補助金の交付を受けた日から5年間において、市が実施する補助事業に関する調査に協力しなければならないこと。
- (2) 第10条第1項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、同条第3項の規定により期限を定めて当該補助金の返還の命令を受けた場合において、規則第18条の2の規定に基づき加算金又は遅延損害金を市に納付しなければならないこと。
- (3) 第10条第3項の規定により補助金の返還の命令を受けたにもかかわらず、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しないときは、市長は、規則第18条の3の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をすること。
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要があると認める条件
(請求手続)

第9条 申請者は、第7条の規定により交付の決定及び確定を受けたときは、速やかに浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書（様式第4号）を市長に提出するものとする。

（交付決定の取消し等）

第10条 市長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、第7条の規定による交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 補助金の交付の決定の内容、これに付した条件又はこの要綱に基づく指示その他法令若しくはこれらに基づく市長の処分違反したとき。
- (2) 第3条第2項各号のいずれかに該当することが判明したとき。
- (3) 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 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項の規定により補助金の交付の決定を取り消した場合において、補助事業の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、補助対象者に対し、期限を定めて当該補助金の全部又は一部の返還を命じるものとする。

4 市長は、第1項の規定による交付決定の取消し及び前項の規定による補助金の返還命令を決定したときは、補助対象者に対し、補助金交付決定取消通知書及び返還命令書（様式第5号）により通知するものとする。

（加算金及び遅延損害金）

第11条 補助対象者は、前条第3項の規定による補助金の返還の命令を受けたときは、規則第18条の2第1項の規定に基づき加算金を市に納付しなければならない。

2 補助対象者は、補助金の返還の請求を受け、これを納期限までに納付しなかったときは、規則第18条の2第4項の規定に基づき遅延損害金を市に納付しなければならない。

（その他）

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行し、令和6年度から令和8年度までの補助金に適用する。なお、当分の間、従前の様式を使用することができる。

(表)

様式第1号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

(補助対象者が未成年の場合、法定代理人が署名又は記名押印)

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。

また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。

- ・申請者及びに補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
- ・医療機関に治療内容を照会すること、及び医療用補整具の購入先に購入内容を照会すること

補助対象者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏名		年	月 日 (歳)
	住所	〒	電話 ()	
申請者※	ふりがな		補助対象者	父 ・ 母 ・ その他
	氏名		との関係	()
	住所	〒	電話 ()	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	
			補整下着 (下着とともに使用するパッドも含む)	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円 (税込)	(補整下着の金額) エ 円 (税込)	(人工乳房の金額) キ 円 (税込)
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
	補助対象額	ウ【アに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はクのうちいずれか低い額】 円
補助申請額	円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
過去の受給状況	浜松市又は他の地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無 (有 ・ 無)			
市税の納付又は納入の状況の確認についての同意 (同意する場合は下記に☑を記入)				
<input type="checkbox"/> 浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、申請者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。				
暴力団排除に関する誓約 (誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入)				
<input type="checkbox"/> 浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。				
(1) 次に掲げる者のいずれにも該当しません。				
・暴力団 (浜松市暴力団排除条例 (平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)				
・暴力団員等 (条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)				
・暴力団員等と密接な関係を有する者				
・(法人その他の団体の場合) 上記3点に掲げる者のいずれかが役員等 (無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。) となっている法人その他の団体				
(2) 浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。				

※補助対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- 薬物療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。)
- 医療用補整具の購入に係る領収書 (申請者の氏名、購入した年月日 (領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの)、品名、金額の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。)
- 商品カタログ等の購入した補整具が確認できるもの (乳房補整具の購入に限る)

◎ 注意事項

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

◎ 個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、浜松市のがん対策の推進に必要な用途 (施策の立案や調査及び分析等) に活用することがあります。

申請者 様

浜松市長 ㊟

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付通知書（決定及び確定）

年 月 日付けで申請がありました浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付について、下記金額を補助することを決定し、及び確定したので通知します。

記

交付申請額	金	円
補助額	金	円

（交付の条件）

- 1 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産を補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供する場合は、市長の承認を受けなければならない。ただし、補助金の全部に相当する金額を市に納付した場合又は減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和40年大蔵省令第15号）に定められている耐用年数等に相当する期間（同令に定めがない財産については、市長が別に定める期間）を経過した場合は、この限りでない。
- 2 市長の承認を受けて1の財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を市町に納付させることがあること。
- 3 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業の完了後においても善良な管理者の注意をもって管理しなければならないこと。
- 4 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生じると認められる場合においては、当該補助金の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。
- 5 規則第17条第1項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、補助金の返還の請求を受けたとき又は当該返還の期限までに納付しなかったときは、規則第18条の2の規定に基づき、加算金又は遅延損害金を市に納付する。
- 6 補助金の返還の請求を受け、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しない場合、規則第18条の3の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をする場合がある。
- 7 上記1～6のほか、規則及び浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱の各規定に基づく市長の指示に従うこと。

様式第3号

浜松市指令 第 号
年 月 日

申請者 様

浜松市長 ㊟

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の
交付を行わない旨の通知書

年 月 日付けで申請があった浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付については、下記の理由によりこれを行わないこととしたので、通知します。

記

理由

様式第4号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

請求者 住所
氏名
電話番号

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書

年 月 日付け浜松市指令 第 号により交付決定及び確定を受けた浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振込先口座

銀行名	本・支店・ 営業部・出張所	預金種別	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 ()	
フリガナ			
口座名義人			

申請者 様

浜松市長



補助金交付決定取消通知書及び返還命令書

年 月 日付浜松市指令 第 号で補助金の交付を決定した浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金について、浜松市補助金交付規則第 17 条の規定により補助金交付決定を取り消し、同規則第 18 条の規定により下記のとおり返還を命じます。

記

- 1 返還を命じる額 金 円
- 2 交付済額 金 円
- 3 交付年月日 年 月 日
- 4 返還を命じる理由
- 5 返還期限 年 月 日

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第 11 条により、浜松市補助金交付規則第 18 条の 2 第 1 項の規定に基づき、加算金を納付いただきます。加算金の請求は補助金額返還後別途請求いたします。

また補助金の返還請求を受け、これを納期限までに納付いただけない場合は、同規則第 18 条の 2 第 4 項の規定に基づき遅延損害金を納付いただきます。