

## 鳥取県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、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第4条の規定に基づき、鳥取県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、規則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。

### (補助金の交付)

第3条 県は、前条の目的の達成に資するため、別表の第1欄に掲げる者（以下「補助対象がん患者」という。）のために、同表第2欄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3親等以内の親族に限る。）に対し、予算の範囲内で本補助金を交付する。

2 本補助金の額は、補助事業に要する別表の第3欄に掲げる経費の額に、同表の2分の1を乗じて得た額（同表の第4欄に定める額を上限とし、1千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額。）以下とする。

3 なお、鳥取県産業振興条例（平成23年鳥取県条例第68号）の趣旨を踏まえ、補整具等の購入に当たっては、県内事業者への発注に努めなければならない。

### (交付申請及び実績報告の時期等)

第4条 助成を受けようとする者は、本補助金の交付申請及び実績報告を、当該年度の3月末日までに補助対象がん患者の住所を所管する総合事務所長に対して行わなければならない。

なお、鳥取市、岩美郡及び八頭郡に住居を有する者については、本要綱にかかわらず鳥取市の規定により行うものとする。

2 規則第5条の申請書及び規則第17条第1項の報告書は、様式第1号によるものとし、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

- (1) 補助対象補整具等の購入に係る領収書の写し
- (2) 診療明細書など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課税額を証明する市町村長が発行する書類
- (4) その他総合事務所長が必要と認める書類

3 規則第5条第1号及び第2号及び規則第17条第2項第1号及び第2号に掲げる書類は、不要とする。

### (交付決定及び交付額確定の時期等)

第5条 本補助金の交付決定は、規則第18条第1項の規定による交付額の確定と併せて、当該交付申請及び実績報告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 本補助金の交付決定通知及び交付額確定通知は、様式第2号によるものとする。

3 総合事務所長は、第1項による額の確定を行った日から30日以内に補助金を交付する。

### (雑則)

第6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福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年11月8日から施行する。

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、令和元年5月15日から施行し、平成31年度事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年11月26日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

1 補助対象者	次に掲げる要件をすべて満たす者。 (1) 鳥取県（鳥取市、岩美郡又は八頭郡を除く。）に住所を有すること。 (2) 次のいずれかに該当すること。 ア がんの治療（化学療法又は放射線療法）を受けた者又は現に受けている者であって、第2欄（2）アに掲げる補整具等を購入した者 イ 乳がん等の治療（手術療法）を受けた者であって、第2欄（2）イに掲げる補整具等を購入した者 (3) 世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が235,000円未満であること。 (4) 過去に、今回申請しようとする補整具等と同じ区分に属する補整具等により本補助金による助成を受けていないこと。
2 補助事業となる補整具等	次の（1）の期間に購入した（2）に掲げるもの。ただし、付属品及びケア用品を除く。 (1) 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中の申請が困難な場合、第4条第2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総合事務所長が認める場合は、前年度の4月1日以降。 (2) 補助具の種類 ア 全頭かつら及び装着に必要な頭皮保護用のネット イ 補整下着等の胸部補整具等
3 補助対象経費	第2欄（2）に掲げる補整具等の購入経費
4 補助上限額	50千円

鳥取県がん患者の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

総合事務所長 様

(申請者)

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(続柄：補助対象がん患者の )

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

鳥取県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、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により申請するとともに、実績を報告します。

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 (いずれか、又は両方の区分にご記入ください)	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、補助上限：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（全頭かつら（装着ネットを含む）・補整下着等）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) 世帯全員の所得課税証明書（市町村民税の所得割課税年額のわかる書類） <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

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通・当座・その他					
フリガナ			口座番号						
口座名義 (※申請者名義)									

様

職氏名

鳥取県がん患者の社会参加応援事業補助金交付決定及び交付額確定通知書

年 月 日付けの申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった鳥取県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。）については、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定し、併せて規則第18条第1項の規定に基づき交付額を確定したので、規則第8条第1項及び規則第18条第1項の規定により通知します。

（担当・連絡先）

記

1 補助事業

本補助金の補助対象は、申請書に記載されているとおりとする。

2 交付決定額等

本補助金の算定基準額及び交付決定額は、次のとおりとする。

- |           |   |   |
|-----------|---|---|
| (1) 算定基準額 | 金 | 円 |
| (2) 交付決定額 | 金 | 円 |

3 交付額の確定

本補助金の確定額は、交付決定額のとおりとする。

4 補助規程の遵守

本補助金の收受及び使用等に当たっては、規則及び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3月28日付第201500195639号鳥取県福祉保健部長通知）の規定に従わなければならない。