

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要領

(通則)

第1条 この要領は、福井県補助金等交付規則（昭和46年福井県規則第20号。以下、「規則」という。）および保健予防課所管補助金等交付要綱（以下、「交付要綱」という。）に基づき、がん患者アピアランスサポート事業に係る補助金（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。

(補助金の目的)

第2条 本補助金は、化学療法・放射線療法等による脱毛や手術療法による乳房切除等、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補助することにより、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する。

(対象者)

第3条 この要領による補助の対象となる者（以下、「対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 福井県に住所を有する者
- (2) がん治療を受けた者または現に受けている者であって、1年以内に補整具を購入した者

(補助対象経費)

第4条 補助の対象経費は、次に掲げる補整具の購入額とする。

- (1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。）
- (2) 補整下着等の胸部補整具
- (3) その他県が認める補整具

(補助金額)

第5条 本補助金は、予算の範囲内で交付するものとし、補助金額は10,000円を上限とする。ただし、購入額が10,000円に満たない場合は、購入実額とする。

(交付申請兼実績報告および請求)

第6条 本補助金の交付を申請しようとする者（以下、「申請者」という。）は、補整具を購入した日の翌日から1年以内に、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書および請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、知事に提出しなければならない。

- (1) 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し等、購入した金額が証明できる書類

- (2) 診療明細書等がん治療を受療していることが証明できる書類
 - (3) 納税状況の確認に関する同意書（様式第3号）または福井県（福井県税事務所、嶺南振興局税務部）が発行する全税目に関する納税証明書
 - (4) その他知事が必要と認める書類
- 2 前項の規定による申請は、対象者1人につき1回を限度とする。

（交付決定及び額の確定）

第7条 知事は、前条の申請があったときは、前条第1項に規定する書類により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、補助金の交付決定および額の確定をするものとし、申請者にがん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定兼額の確定通知書（様式第2号）により通知するものとする。

（補助金の支払）

第8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。

（補助金の返還）

第9条 知事は、虚偽の申請その他不正行為によって補助金の給付を受けた者に対し、補助金の全部または一部を返還させるものとする。

（その他）

第10条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、知事が別に定める。

附則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

この要領は、平成30年6月22日から施行する。

この要領は、平成30年7月24日から施行する。

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

この要領は、令和元年6月1日から施行する。

福井県知事 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ⑩
 (補助対象者との続柄)
 電話番号 () _____

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼実績報告書および請求書

がん患者アピアランスサポート事業について、補助金の交付を受けたいので、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要領第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
2 補助対象経費	区分	(1) ウィッグ（ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。） (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ※該当区分に○をすること。
	購入費用	円
	購入日	年 月 日
3 交付申請(請求)額 ※10,000円または 購入額の低い方		円
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具の領収書等購入した金額が証明できる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが証明できる書類 <input type="checkbox"/> 納税状況の確認に関する同意書または福井県（福井県税事務所、嶺南振興局税務部）が発行する全税目に関する納税証明書	

※裏面もご記入ください

5 振込先（申請者と補助対象がん患者が異なる場合は、申請者の口座情報をご記入ください）

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
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--

(注) 申請した後、振込先口座に変更（解約）があった場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

連絡先：福井県健康福祉部保健予防課（TEL 0776-20-0349）

第 号
年 月 日

様

福井県知事

がん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定兼額の確定通知書

年 月 日付けで申請のあった補助金について承認し、次のとおり決定したので、がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要領第7条の規定により下記のとおり通知します。

記

補助金額 金 円

県税の納税状況の確認について

私は、がん患者アピアランスサポート事業補助金の交付を福井県に申請するに当たり、福井県の県税事務所等が、福井県健康福祉部保健予防課に対し、私の福井県への納税状況に関する情報を提供することに同意します。

年 月 日

住所（所在地）

[フリガナ]
氏名（名称） ⑩

福井県知事 杉本達治様

* 納税状況の確認に関する事項

本同意書に基づき提供された納税状況は、福井県が実施するがん患者アピアランスサポート事業補助金の交付事務以外には使用いたしません。

※福井県担当者記入欄

上記の者の 年 月 日現在の県税の納税状況については以下のとおりです。

滞納なし 滞納あり

徴収猶予あり

受付印欄

回答事務所 福井県税事務所 嶺南振興局税務部