

## 鳥取市がん患者等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、鳥取市がん患者等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、鳥取市補助金等交付規則（昭和42年鳥取市規則第11号。以下「規則」という。）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、がん治療等に伴う脱毛や手術療法による乳房切除等の外見の変化を補完する補整具等の購入費用を助成することにより、がん患者等の心理的・経済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。

### (補助対象者の要件)

第3条 本補助金を活用する対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 鳥取市、岩美町、八頭町、若桜町又は智頭町の区域内に住所を有している者であること。
- (2) 次のいずれかに該当する者であること。
  - ア がん治療の影響により脱毛している者
  - イ 疾病等により頭部全体の概ね25%以上脱毛している患者のうち、治療が長期化し、あるいは回復が見込めないために、ウィッグを推奨する状態であることを医師が認める者。ただし、性ホルモン（男性型又は女性型）や加齢を原因とした脱毛は除く。
  - ウ がん（乳がん等）の手術療法を受けた者。
- (3) 補助対象者が属する世帯の構成員全ての市町村民税所得割額（年額）を合計した額が23万5千円未満であること。
- (4) 申請に係る補整具等と同じ区分に属する補整具等について過去に本補助金又は鳥取県がん患者等の社会参加応援事業補助金交付要綱（平成28年4月1日施行）に基づく補助金の交付を受けていないこと。ただし、別表第2項の補助対象期間内に補助上限額の範囲において複数回の助成を受けようとする場合はこの限りではない。

### (補助対象事業等)

第4条 本補助金の交付の対象となる者は別表の第1項に掲げる者とし、本補助金の交付の対象となる事業（以下「補助対象事業」という。）は同表の第3項に掲げる補整具等（以下「補助対象補整具等」という。）を購入する事業とする。

- 2 本補助金は、補助対象事業に要する別表の第4項に掲げる経費の額に2分の1を乗じて得た額（同表の第5項に定める額を上限とし、千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。）以内で算定し、予算の範囲内で交付する。

### (交付申請等の時期等)

- 第5条 本補助金は規則第11条の2第1項の規定により本補助金の交付の申請及び請求を併合して行うこととし、本補助金の交付の申請及び請求に係る申請書は、様式第1号によるものとする。この場合において、本補助金の請求は、本補助金の交付の決定がされた場合に、当該交付の決定の日になされたものとみなす。
- 2 前項の申請が行われた日（以下、「申請日」という。）に応じ、別表第2項のとおり補助対象期間を定めるものとする。
  - 3 規則第4条第1号、第2号及び第4号に掲げる書類は、次の各号に掲げるものとする。
    - (1) 補助対象補整具の購入に係る領収書等の写し
    - (2) 補整具の購入が必要な状態となった原因の傷病及びその治療内容等を確認できる書類で、次に掲げる補助対象者の区分に応じ、それぞれに定めるもの
      - ア 第3条第2号アに該当する者 がん治療を受けたことを証明する書類（診療明細書、診断書（脱毛との関係がわかるもの）等）又はがん治療受療証明書（様式第2号）
      - イ 第3条第2号イに該当する者 同号イの要件を満たす状態であることを証明する書類（診断書等）又は医師意見書（様式第3号）

ウ 第3条第2号ウに該当する者 がん（乳がん等）の手術療法を受けたことを証明する書類（手術同意書、診療明細書等）又はがん治療受療証明書（様式第2号）

- (3) 補助対象者の属する世帯員全員の所得及び市町村民税の課税額を証明する書類で市町村長が発行するもの  
※義務教育以下の子供については省略可能
- (4) その他市長が必要と認める書類

（交付決定の時期等）

第6条 本補助金の交付の決定は、当該交付申請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 市長は、交付の決定を行った日から30日以内に補助金を交付する。

（着手届等を要しない場合）

第7条 本補助金に係る補助事業は、規則第10条第1項第3号に規定する市長が別に定める場合とし、同項に規定する着手届の提出は要しないものとする。

2 本補助金に係る補助事業は、規則第11条第3項ただし書に規定する市長が指定する補助事業とし、同項に定める書類の提出は要しないものとする。

3 本補助金に係る補助事業は、規則第12条ただし書に規定する補助事業等とし、同条に定める補助事業等実績報告書の提出は要しない。

（申請履歴の把握）

第8条 市は、本補助金の適正な交付のため、あらかじめ申請者の同意を得た上で、本補助金の交付の状況を鳥取県へ提供するとともに、鳥取県がん患者等の社会参加応援事業補助金交付要綱（平成28年4月1日施行）に基づいて交付された助成金の交付の状況の提供を受けるものとする。

（雑則）

第9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市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成30年4月16日から施行し、この要綱による改正後の鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱の規定は平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は平成30年4月27日から施行し、この要綱による改正後の鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱の規定は平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は令和元年6月1日から施行し、この要綱による改正後の鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付要綱の規定は平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は令和3年12月17日から施行し、令和3年度補助金から適用する。

附 則

この要綱は令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和7年4月14日から施行し、令和7年度補助金から適用する。

附 則

この要綱は令和8年4月1日から施行する。

別表（第4条、第5条関係）

|            |                                                                                                                                                                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 補助交付対象者  | 補助対象者のために平成30年1月1日以後第3項に掲げる補整具等を購入した者（補助対象者本人又はその3親等以内の親族に限る。）とする。                                                                                                           |
| 2 補助対象期間   | 申請日の属する年度の前年度の1月1日以降。ただし、がん治療等の受療により期限中の申請が困難な場合、第5条第3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市長が認める場合は、前年度の4月1日以降。ただし、同じ区分の補整具について2回目以降の申請ができる期間は、初回申請日の属する年度から3年後の3月31日までとする。 |
| 3 補助補整具の種類 | 補助対象期間に購入されたもので、次の各号に掲げる補助対象者の区分に応じ、当該各号に定めるものとする。<br>(1) 第3条第2号アからウまでに該当する者 全頭用ウィッグ・部分用ウィッグ及び装着に必要な頭皮保護用のネット<br>(2) 第3条第2号ウに該当する者 補整下着等の胸部補整具                               |
| 4 補助対象経費   | 第3項に掲げる補整具等の購入経費                                                                                                                                                             |
| 5 補助上限額    | 第3項に掲げる(1)、(2)それぞれにつき5万円                                                                                                                                                     |

鳥取市がん患者等の社会参加応援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳥取市長 様

(申請者) (〒 - )

住 所  
氏 名

(続柄：補助対象者の )  
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)

鳥取市がん患者等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、鳥取市補助金等交付規則第4条の規定により申請します。また、補助の適正を図るために必要な場合は、鳥取県に過去の交付状況の照会・提供を行うことについて同意します。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。<br>ある ・ ない |       |   |      |         |  |  |  |  |  |
|                                          |                                                                                                                                                                                                            | 有の場合<br>※初回申請日と既交付決定額（合計額）       | ウィッグ  |   |      | 補整下着等   |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                    |                                                                                                                                                                                                            |                                  | 年 月 日 |   |      |         |  |  |  |  |  |
| 2 補助助対象経費                                | 区 分                                                                                                                                                                                                        | ア ウィッグ<br>(全頭用、部分用、頭皮保護用ネット)     |       |   |      | 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、補助上限額：5万円）                                                                                                                                                                             |                                  |       |   |      |         |  |  |  |  |  |
| 4 添付書類<br>(添付した書類に☑をつけてください)<br>※コピー可    | <input type="checkbox"/> 領収書等（記載内容：宛名（申請者の氏名）、購入日、購入した補整具の品名、金額、発行者名等）<br><input type="checkbox"/> 補整具の購入が必要な状態となった原因の傷病及びその治療内容等を確認できる書類<br><input type="checkbox"/> （補助対象者の）世帯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 |                                  |       |   |      |         |  |  |  |  |  |
| 5 他からの助成の有無                              | <input type="checkbox"/> あり（ 円） <input type="checkbox"/> なし<br>※「あり」の場合⇒他からの助成金額がわかる書類を添付                                                                                                                  |                                  |       |   |      |         |  |  |  |  |  |
| 6 振込先 補助金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。 |                                                                                                                                                                                                            |                                  |       |   |      |         |  |  |  |  |  |
| ふりがな                                     |                                                                                                                                                                                                            |                                  |       |   | 貯金種別 | 普通 ・ 当座 |  |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>(※申請者名義)                        |                                                                                                                                                                                                            |                                  |       |   |      |         |  |  |  |  |  |
| 金融機関名                                    | 銀行 金庫<br>組合 農協                                                                                                                                                                                             | 本店<br>支店<br>出張所                  | 口座番号  |   |      |         |  |  |  |  |  |
| 鳥取市記入欄                                   | 交付決定年月日<br>(請求年月日)                                                                                                                                                                                         | 年 月 日                            | 交付決定額 | 円 |      |         |  |  |  |  |  |

がん治療受療証明書

年 月 日

鳥取市長 様

医療機関（医療機関名及び住所）

医師名 \_\_\_\_\_ 印  
(署名又は記名押印)

下記のとおり証明します。

|                                        |                                          |             |
|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|
| 治療対象者                                  | 氏 名                                      |             |
|                                        | 住 所                                      |             |
|                                        | 生 年 月 日                                  | 年 月 日       |
| がんの部位又は名称                              |                                          |             |
| 治療方法                                   | <input type="checkbox"/> 手術療法            | 手術日： 年 月 日  |
|                                        | <input type="checkbox"/> 化学療法            | 治療日： 年 月 日～ |
|                                        | <input type="checkbox"/> 放射線療法           | 治療日： 年 月 日～ |
|                                        | <input type="checkbox"/> その他の治療方法<br>( ) | 治療日： 年 月 日～ |
| その他参考となる意見                             |                                          |             |
| ※その他の治療方法の場合は、その治療方法と脱毛の因果関係を記載してください。 |                                          |             |

医師意見書（がん以外の疾病等）

年 月 日

鳥取市長 様

医療機関（医療機関名及び住所）

医師名 \_\_\_\_\_ 印

（署名又は記名押印）

下記のとおり証明します。

|                                                                                                                                                                                            |         |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| 治療対象者                                                                                                                                                                                      | 氏 名     |       |
|                                                                                                                                                                                            | 住 所     |       |
|                                                                                                                                                                                            | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 疾患名等                                                                                                                                                                                       |         |       |
| 症状の内容                                                                                                                                                                                      |         |       |
| 治療の内容・方法                                                                                                                                                                                   |         |       |
| 発症日または治療開始日                                                                                                                                                                                |         | 年 月 日 |
| ※全項目該当必須<br><input type="checkbox"/> 頭部全体の概ね25%以上の脱毛を認める。<br><input type="checkbox"/> 性ホルモン（男性型または女性型）や加齢を原因とした脱毛ではない。<br><input type="checkbox"/> 治療が長期化し、あるいは回復が見込めないために、ウィッグを推奨する状態である。 |         |       |