

鳥取市抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、鳥取市抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金（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、抗がん剤治療による脱毛対策ケアを支援することで、がん患者のアピアランスに関する心理的負担を減少し、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)

第3条 本補助金の交付対象者は、別表の第1項に掲げる者（以下「補助対象がん患者」という。）のために、同表第2項に掲げる用品を購入した者（補助対象がん患者本人又は3親等以内の親族に限る。）とする。

(補助金の算定)

第4条 本補助金は、別表の第2項に掲げる補助対象経費に2分の1を乗じて得た額以内で算定し、予算の範囲内で交付する。ただし、同表の第3項に定める額を上限とし、100円未満の端数が生じた場合にはこれを切り捨てる。

2 本補助金の交付を受ける同一年度内において、鳥取県抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金交付要綱（令和3年7月12日施行）に基づく補助金又は本補助金の交付を既に受けている場合、これらの補助金に係る用品の購入費用は前項による算定に含めないものとする。

(申請履歴の把握)

第5条 市は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、鳥取県抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金交付要綱に基づいて交付された補助金の交付の状況の提供を受けるものとする。

(補助金の申請等)

第6条 本補助金の申請は様式第1号によるものとし、規則第11条の2第1項の規定により交付の申請及び請求を併合して行うこととする。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 補助を受けようとする者は、前項に基づく申請を当該年度の3月末日までに市長に対して行わなければならない。ただし、がん治療の受療により期間中の申請が困難な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この限りでない。

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) 別表第2項に掲げる用品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) その他市長が必要と認める書類

(交付決定の時期等)

第7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日以内に補助金を支払う。

(着手届等を要しない場合)

第8条 本補助金の交付に係る事業は、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。

2 本補助金の交付に係る事業は、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等とし、同項に定める書類の提出は要しない。

3 本補助金の交付に係る事業は、規則第12条ただし書に規定する市長が指定する補助事業等とし、同条に規定する実績報告書の提出は要しない。

(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健康こども部長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年8月12日から施行し、令和3年度事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表（第3条、第4条関係）

1 補助対象がん患者	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する者のうち、がんの治療（化学療法）を受けた者又は現に受けている者
2 補助対象経費	次に掲げる用品の購入費用とする。ただし、令和3年4月1日以降に購入したものに限る。 ア 頭皮冷却装置を使用する際に必要となるインナーキャップ イ 抗がん剤による脱毛を防ぐために使用する用品（アピアランス用ケアローション等）
3 補助上限額	(1) 第2項アに掲げる用品1つにつき1,500円まで (2) 第2項イに掲げる用品1つにつき3,800円まで ただし、(1)、(2)のいずれも同一年度内に2つを上限とする。

鳥取市抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金交付申請書兼請求書

鳥取市長 様
(申請者) (〒 -)
年 月 日

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)

鳥取市抗がん剤治療副作用対策支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、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	
	今年度補助金受給の有無	今年度この補助金（県補助金を含む）を受けたことがありますか。 ある場合、補助を受けた用品の個数を記入してください。 有 ・ 無 →(インナーキャップ 個、脱毛予防用品 個)	
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。 購入品が2つある場合等は、購入費用と購入日をそれぞれご記入ください。)	区 分	ア 頭皮冷却装置のインナーキャップ	イ 脱毛予防用品
	①購入費用	円	円
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
	②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、100円未満切り捨て）		
4 他の補助の有無	☐ あり（ 円） ☐ なし		
5 添 付 書 類 (添付した書類に☑をつけてください)	☐ 対象用品の領収書など購入した金額が分かる書類 ☐ 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 ☐ (他の補助がある場合) 補助額が分かる書類		

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)									

鳥取市記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---