

平成 30 年度いばらきがん患者トータルサポート事業
(社会参加サポート事業) 補助金交付要領

(通則)

第 1 条 平成 30 年度いばらきがん患者トータルサポート事業(社会参加サポート事業) 補助金(以下「補助金」という。)については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等交付規則(昭和 36 年茨城県規則第 67 号。以下「規則」という。)の規定によるほか、この交付要領の定めるところによる。

(交付の目的)

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等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(ウィッグ又は乳房補整具)(以下「補整具」という。)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、就労等社会参加を促進し、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 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。

なお、同一補整具について、県内市町村が実施する同種の助成を受けている場合は、対象経費からその金額を減じた額に、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 補助金と事業に係る証拠書類等については、補助事業終了の年度から起算して 5 年間保管しておかなければならない。

(交付申請及び実績報告の時期等)

第 4 条

1 補助金の申請

(1) 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、茨城県看護協会会長あてにいばらきがん患者トータルサポート事業(社会参加サポート事業) 補助金交付申請書兼実績報告書(様式第 1 号)(以下「申請書」という。)を提出することとする。

(2) 申請書には、次の書類を添付しなければならない。

① 治療内容に関する説明書や診断書、治療方針計画書などの写し(がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類に限る。)

- ② 補整具の購入に係る領収証書（購入した日、品名、金額の記載のあるもの。）
 - ③ ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補正下着又は人工乳房などであることがわかるもの。
 - ④ 住民票（発行から概ね1か月以内であり、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。）
 - ⑤ 県内市町村が実施する同種の助成を受けている場合、当該助成内容が分かる書類
 - ⑥ その他茨城県看護協会会長が必要と認める書類
- (3) 申請者は、補整具を購入した日の属する年度内に申請書を提出しなければならないこととする。
- (4) 茨城県看護協会会長は、助成の実施及び審査のため必要があると認めるときは、申請書（(2)に定める書類を含む。）の記載事項について、申請者、治療を受けた医療機関及び補整具の購入先等に対して、聴取できるものとする。

2 補助の決定及び補助金の支給

- (1) 茨城県看護協会会長は、申請書受理後、内容を審査の上、助成することを決定したときは、いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）交付決定通知書（様式第2号）（以下「交付通知」という。）により申請者に通知することとし、指定された申請者の金融機関口座を通じて補助金を支給することとする
- (2) 茨城県看護協会会長は、申請書受理後、内容を審査の上、助成しないことを決定したときは、理由を付していばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）不交付決定通知書（様式第3号）により申請者に通知することとする。

3 補助金の返還

申請者が、本要領に違反し、その他不正な行為により補助金の支給を受けた場合は、補助金を返還しなければならないこととする。

（関係帳簿の整備）

第5条 本事業を実施するに当たり、台帳（様式第4号）を備え、必要な事項を記載しておくこととする。

（補則）

第6条 この要領に定めるもののほか、この事業の実施のために必要な事項は別に定める。

付則

この要領は、平成30年4月1日から施行し、平成30年4月1日以降に購入

した補整具から適用する。

別表（第3条関係）

<p>1 補助対象者</p>	<p>次に掲げる要件をすべて満たすがん患者（以下、「補助対象者」という。）のために、平成30年4月1日から平成31年3月31日の間に第2欄に掲げる補整具を購入した者。（補助対象者本人に限る。）</p> <p>（1）申請日時点において茨城県内に住所を有すること。</p> <p>（2）次のいずれかに該当すること。</p> <p>ア がんの治療（化学療法、放射線療法等）を受けた者又は現に受けている者であって、第2欄アに掲げる補整具を必要とする者</p> <p>イ 乳がん等の治療（手術療法等）を受けた者であって、第2欄イに掲げる補整具を必要とする者</p>
<p>2 補助事業となる補整具</p>	<p>次に掲げるもの。ただし、平成30年4月1日から平成31年3月31日の間に購入されたものに限る。</p> <p>ア 全頭かつら及び装着に必要な頭皮保護用のネット</p> <p>イ 補整下着等の乳房補整具</p> <p>※対象者一人当たりそれぞれ1回限りとする。また、付属品及びケア用品を除く。</p>
<p>3 補助対象経費</p>	<p>第2欄に掲げる補整具の購入経費（補整具の購入のために要した交通費及び郵送費等は除く。）</p> <p>ただし、同一補整具について、県内市町村が実施する同種の助成を受けている場合は、対象経費からその金額を減じた額とする。</p>
<p>4 補助上限額</p>	<p>20千円</p>

様式第1号（第4条関係）

いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）
補助金交付申請書兼実績報告書

平成 年 月 日

公益社団法人 茨城県看護協会 会長 相川 三保子 様

(申請者)

(〒 -)

住 所 _____
氏 名 _____ ㊞
電話番号 _____

いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。

なお、次のことについて同意します。

- 県内市町村に助成実績、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 県内市町村に対し、助成実績に係る情報を提供すること

1 補助対象 がん患者	ふりがな		性 別	生年月日	
	氏 名		男・女	昭 和 平 成	年 月 日 (歳)
	住 所				
2 がんの 治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法
					手術・放射線・薬剤・ その他 ()
3 補助対象 経費	区 分	ア ウィッグ（全頭かつら，装着用のネットを含む。） イ 乳房補整具（補整下着等） ※該当区分に○をすること。			
	購 入 費 用	円（税込）			
	購 入 日	平成 年 月 日			
	県内市町村が実施する 同種の補助金受給の有無		あり（金額： 円）・なし ※「あり」の場合はその補助内容が分かる書類を添付すること。		
4 交付申請額	円				
5 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（ウィッグ，（全頭かつら，装着ネットを含む）・乳房補整具）の領収書など購入したもの内容や金額が分かる書類（写し不可） <input type="checkbox"/> 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（写し可） <input type="checkbox"/> 住民票（発行から概ね1か月以内で，個人番号（マイナンバー）の記載のないもの） <input type="checkbox"/> （県内市町村が実施する同種補助金の受給がある場合）補助内容が分かる書類				

6 振込先

金融機関名※	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・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 3. 貯蓄 4. その他					
口座番号※						
口座名義人 (カタカナで記載。申請者と同一)						

※ゆうちょ銀行の場合，同行の通帳に記載された記号・番号（5桁・8桁）ではなく，振込用の店名・口座番号を（7桁）を記入してください。

様式第2号（第4条関係）

平成 年 月 日

様

公益社団法人 茨城県看護協会
会長 相川 三保子

平成30年度いばらきがん患者トータルサポート事業
（社会参加サポート事業）補助金交付決定及び交付額確定通知書

平成 年 月 日付けで申請のあったいばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）補助金（以下「本補助金」という。）については、平成30年度いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）交付要領第4条の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

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

本補助金の収受及び使用等に当たっては、いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）補助金交付要領の規定に従わなければならない。

様式第3号（第4条関係）

平成 年 月 日

様

公益社団法人 茨城県看護協会
会長 相川 三保子

平成30年度いばらきがん患者トータルサポート事業
（社会参加サポート事業）補助金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあったいばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）補助金については、次の事由により不交付とすることを決定しましたので、平成30年度いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）補助金交付要領第4条の規定により通知します。

（事由）