

鳥取県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、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、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、同表の第4欄に定める補助率を乗じて得た額（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、別表の第5欄に掲げる書類を添付するものとする。

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。

附 則

この要綱は、令和7年3月28日から施行し、令和7年度事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

1 補助対象者	<p>次に掲げる要件をすべて満たす者。</p> <p>(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。</p> <p>(2) 次のいずれかに該当すること。</p> <p>ア がん治療の影響により脱毛している者であって、第2欄（2）アに掲げる補整具を購入した者。</p> <p>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であって、第2欄（2）アに掲げる補整具を購入した者。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。</p> <p>ウ がん（乳がん等）の手術療法を受けた者であって、第2欄（2）イに掲げる補整具を購入した者。</p> <p>(3) 世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満であること。</p> <p>(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。ただし第2欄（1）における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。</p>
2 補助補整具の種類	<p>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。</p> <p>(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、がん治療等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。）</p> <p>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。</p> <p>(2) 補整具の種類</p> <p>ア 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</p> <p>イ 補整下着等の胸部補整具</p>
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 補助率・補助上限額	<p>補助率：購入経費の1/2</p> <p>補助上限額：第2欄（2）に掲げるア、イそれぞれにつき5万円</p>
5 添付書類	<p>(1) 補助対象補整具の購入に係る領収書等</p> <p>(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</p> <p>【ウィッグの申請】</p> <p>第1欄（2）アの場合 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）またはがん治療受療証明書（様式第3号）</p> <p>第1欄（2）イの場合 第1欄（2）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）または医師意見書（様式第4号）</p> <p>【補整下着等の申請】</p> <p>第1欄（2）ウの場合 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）またはがん治療受療証明書（様式第3号）</p> <p>(3) 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がわかる書類） ※義務教育以下の子供については省略可能</p>

鳥取県がん患者等の社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

総合事務所長 様

(申請者) 〒 -

住 所

氏 名 (続柄：補助対象者の)

電話番号 - -

(日中に連絡可能な電話番号をご記入ください)

鳥取県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、第17条の規定により実績を報告します。

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。		ある ・ ない			
有の場合 ※初回申請日と既交付決定額(合計額)を記入		ウィッグ		補整下着等			
		令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円		
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 ウィッグ (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	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円		
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 (添付した書類に☑をつけてください) ※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) <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 <input type="checkbox"/> (補助対象者の) 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がわかる書類)						
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 ⇒ <input type="checkbox"/> 他からの助成金額がわかる書類を添付						
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

鳥取県がん患者等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等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。

がん治療受療証明書

年 月 日

鳥取県知事 様

医療機関（医療機関名及び住所）

医師名 _____ ㊟

（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 ()	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

鳥取県知事 様

医療機関（医療機関名及び住所）

医師名 _____ ㊟

（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 <input type="checkbox"/> 頭部全体の概ね25%以上の脱毛を認める。 <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。 <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。		