

函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん患者の医療用補正具の購入費用の一部を助成することにより、医療用補正具購入に伴う経済的負担を軽減するとともに、がん治療による社会生活上の不安を緩和し、がん患者の療養生活の質の維持向上を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（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) 申請時において、函館市に住民登録があり、他自治体で同様の助成を受けていない者
- (2) がん治療に伴う脱毛または乳房の形の変化に対応するため医療用補正具を必要とし、それを購入した者

(助成対象経費等)

第3条 助成の対象経費（以下「助成対象経費」という。）は、次の表に定める医療用補正具の購入経費とする。なお、クリーナーや装着材等の付属品および郵送費等は助成の対象外とする。

補正具の区分	助成対象補正具	助成対象補正具の数
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛等に対処するためのウィッグ（頭皮保護を目的とするネット等を含む。）	1台のみ
胸部補正具	外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補正下着（下着とともに使用するパッド含む。）	個数制限なし
	人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）	1台（両側乳がんの場合は2台）

(助成金の額および助成の回数)

第4条 助成金の額は、前条に定める補正具の区分ごとに助成対象経費に2分の1を乗じて得た額(1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。)と20,000円(上限額)のいずれか少ない額とし、予算の範囲内で交付する。

2 助成は、対象者1人につき前条に定める補正具の区分ごとに1回を限度とする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、医療用補正具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書(別記第1号様式)に次に掲げる書類を添付し、市長に提出しなければならない。

(1) 医療用補正具の購入に係る領収書の写し(宛名が対象者または申請者の氏名であり、購入年月日、品名、購入金額の記載があるもの)

(2) がん治療に伴う脱毛もしくは乳房の形の変化またはそれらのおそれが見込まれることを証明する書類(薬物療法に係る書類にあっては、使用する薬剤の記載のあるものとする。)の写し(がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書、診断書など。)

(3) 対象者および申請者の本人確認書類の写し(運転免許証など。)

(4) 振込先口座の通帳等の写し

(5) その他市長が必要と認める書類

(交付決定等)

第6条 市長は、前条の申請があった場合、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、交付するときは、函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知書(別記第2号様式)により申請者に通知するとともに、当該助成金を申請者が指定する金融機関口座に振り込むこととする。

2 前項に定める審査の結果、助成金を交付しないときは、函館市がん患者医療用補正具購入費助成金不交付決定通知書(別記第3号様式)により申請者に通知するものとする。

(交付決定の取り消し等)

第7条 市長は、この要綱に違反し、または虚偽その他の不正な手段等により、この助成金の交付を受けたものと認めたときは、前条第1項に定める交付決定の全部または一部を取り消すことができる。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付決定を取り消したときは、函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定取消通知書（別記第4号様式）により、申請者に通知するものとし、当該助成金の全部または一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 フリガナ

助成の対象者との関係

例：本人，父，母，子など

電 話

函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により申請します。
また、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

【助成の対象者】※申請者と助成の対象者が異なる場合は委任状が必要です。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		電 話	() -
住 所	〒 -		
私は、他自治体で同様の助成を受けておりません。 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			

【助成対象経費】※補正具の区分ごとに1人1回限り、クリーナーや装着材等の付属品および郵送費等は対象外。

補正具の区分	購入年月日	購入金額（消費税込額）
医療用ウィッグ	年 月 日	円
胸部補正具	年 月 日	円

【助成申請額】

申請額	円
※購入金額の2分の1の額（千円未満切り捨て）と、20,000円（上限額）のいずれか低い方	

【振込先、振込先金融機関の名称および口座番号】

振込先(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 対象者	<input type="checkbox"/> 受任者
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 出張所	普通 当座	フリガナ()

※添付書類

(1) 医療用補正具の購入に係る領収書の写し

宛名が対象者または申請者の氏名であり、購入年月日、品名、購入金額の記載があるもの。

(2) がん治療に伴う脱毛もしくは乳房の形の変化またはそれらのおそれが見込まれることを証明する書類（薬物療法に係る書類にあっては、使用する薬剤の記載のあるものとする。）の写し

がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書、診断書など。

(3) 対象者および申請者の本人確認書類の写し

運転免許証など。

(4) 振込先口座の通帳等の写し

申請者または対象者名義の口座。

注意 1：対象者が、未成年の場合は、保護者が申請してください。

注意 2：対象者（本人）以外の方が申請する場合のほか、助成金の受領について対象者（本人）以外の振込先とする場合、別記様式第 1 号別紙「委任状」が必要です。

ただし、対象者が未成年の場合は不要です。

(別記第1号様式別紙)

委 任 状

年 月 日

函 館 市 長 様

(委任者)

住 所

氏 名

印

私は、「函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業」における、申請等に関する権限を次の者に委任します。

(委任項目) 次のいずれかにしてください。

- 1 申請のみ
- 2 申請および助成金の受領

(受任者)

住 所

氏 名

函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知書

函 福 健
年 月 日

様

函 館 市 長

年 月 日付で申請のあった函館市がん患者医療用補正具購入費助成金について、次のとおり決定したので、函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により通知します。

記

- 1 対象者名
- 2 助成金額 金 円
(医療用ウィッグ 円, 胸部補正具 円)
- 3 振込先 申請書記載のとおり
- 4 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この決定の全部または一部を取り消し、当該取り消しに関し、既に助成金が交付されている場合は、その返還を命ずることがあります。

保健福祉部健康増進課
TEL
FAX

別記第3号様式（第6条関係）

函館市がん患者医療用補正具購入費助成金不交付決定通知書

函 福 健
年 月 日

様

函 館 市 長

年 月 日付けで申請のあった函館市がん患者医療用補正具購入費助成金について、次の理由により、不交付と決定したので、函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

理 由

（ 保健福祉部健康増進課
TEL
FAX ）

函館市がん患者医療法補正具購入費助成金交付決定取消通知書

函 福 健

年 月 日

様

函 館 市 長

年 月 日付で交付決定した函館市がん患者医療用補正具購入費助成金について、次のとおり決定したので、函館市がん患者医療用補正具購入費助成金事業実施要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

1 対象者名

2 交付決定額 金 円
(医療用ウィッグ 円, 胸部補正具 円)

3 取消額 金 円
(医療用ウィッグ 円, 胸部補正具 円)

3 取消事由

保健福祉部健康増進課
TEL
FAX