

男鹿市告示第16号

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和5年3月20日

男鹿市長 菅 原 広 二

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業実施要綱の一部を改正する告示
男鹿市がん患者医療用補正具助成事業実施要綱（令和2年男鹿市告示第32号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(助成の申請)</p> <p>第7条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、市長に男鹿市がん患者医療用補正具助成事業申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。</p> <p>(1) 化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた、又は現に受けていること若しくはがん治療に伴い脱毛又は乳房を<u>切除</u>したことを証明する書類に限る。）</p> <p>(2) (略)</p>	<p>(助成の申請)</p> <p>第7条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、市長に男鹿市がん患者医療用補正具助成事業申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。</p> <p>(1) 化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた、又は現に受けていること若しくはがん治療に伴い脱毛又は乳房を<u>削除</u>したことを証明する書類に限る。）</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>住民票（発行から概ね3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。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が親権者であること（続柄）が分かるもの）</u></p>

改正後

(3) (略)

2 (略)

様式第1号 (第7条関係)

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業申請書

(あて先) 男鹿市長 様 年 月 日

申請者氏名 _____ 姓

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。
なお、次のことについて同意します。

市から他の自治体へ助成実績、関係機関に市内在住及び購入先に購入内容を照会すること

市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

他の自治体から助成を受けていないこと

市の住民等への確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会すること

助成対象者	よりがな 氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 (歳)
申請者	よりがな 氏名	助成対象者との関係	
補正具の種類	ウィッグ(全頭用かつら)	購入費用	ア 円(税込)
購入日	年 月 日	助成対象期間(申請日以後、アの日数以内)	イ 円
補正具の種類	乳房補正具	購入費用	カ 円(税込)
購入日	年 月 日	助成対象期間(申請日以後、カの日数以内)	ク 円
助成申請額	円(イとカの日数を記入してください)		
添付書類 (添付した書類に添をつけてください)	<input type="checkbox"/> ①化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> ②領収書の写し(購入日、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」の記載のあるもの、乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。		

※1 申請者が未成年の方の場合は、「申請書」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。
 ※2 本欄を記入してください。
 ※3 補正具の購入した日の属する翌年度内に申請してください。
 ※4 申請内容が虚偽であった場合は、助成金の返還を求められます。

様式第2号 (第8条関係)

記 号 番 号
年 月 日

様

男鹿市長

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった医療用補正具購入費の助成について承認し、
次のとおり助成することを決定したので通知します。

支給額 金 円

改正前

(4) (略)

2 (略)

様式第1号 (第7条関係)

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業申請書

(あて先) 男鹿市長 様 年 月 日

申請者氏名 _____ 姓

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。
なお、次のことについて同意します。

市から他の自治体へ助成実績、関係機関に市内在住及び購入先に購入内容を照会すること

市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

他の自治体から助成を受けていないこと

助成対象者	よりがな 氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 (歳)
申請者	よりがな 氏名	助成対象者との関係	
補正具の種類	ウィッグ(全頭用かつら)	購入費用	ア 円(税込)
購入日	年 月 日	助成対象期間(申請日以後、アの日数以内)	イ 円
補正具の種類	乳房補正具	購入費用	カ 円(税込)
購入日	年 月 日	助成対象期間(申請日以後、カの日数以内)	ク 円
助成申請額	円(イとカの日数を記入してください)		
添付書類 (添付した書類に添をつけてください)	<input type="checkbox"/> ①化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> ②領収書の写し(購入日、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」の記載のあるもの、乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。 <input type="checkbox"/> ③住民票(発行から開ねさか月以内で、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの)		
金融機関	銀行・金庫	支店	本支店
口座名義	姓 名	住所	〒 _____
口座番号	口座番号	口座種別	口座種別

※1 本欄を記入してください。
 ※2 補正具の購入した日の属する翌年度内に申請してください。
 ※3 ゆうちょ銀行の場合、同行の店舗に記録された記号・番号(多額・少額)ではなく、振込用の店名(例：八六八支店など)・口座番号(7桁)も記入してください。
 ※4 申請者が未成年の方の場合は、「申請書」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。
 ※5 申請内容が虚偽であった場合は、助成金の返還を求められます。

様式第2号 (第8条関係)

記 号 番 号
年 月 日

様

男鹿市長

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった医療用補正具購入費の助成について承認し、
次のとおり助成することを決定したので通知します。

支給額 金 円

内訳

実施要綱第4の表の(1)	支給額	金 円
	購入日	年 月 日
実施要綱第4の表の(2)	購入費用	金 円
	支給額	金 円
実施要綱第4の表の(2)	購入日	年 月 日
	購入費用	金 円

改正後	改正前																							
<p>様式第3号（第8条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: right;">記 号 番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様 男鹿市長</p> <p style="text-align: center;">男鹿市がん患者医療用補正具助成事業不承認決定通知書</p> <p>年 月 日付けで申請のあった医療用補正具購入費の助成について、 不承認としましたので通知します。</p> <p>不承認とした理由</p> </div>	<p>様式第3号（第8条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: right;">記 号 番 号 年 月 日</p> <p>申請者 様 男鹿市長</p> <p style="text-align: center;">男鹿市がん患者医療用補正具助成事業不承認決定通知書</p> <p>年 月 日付けで申請のあった医療用補正具購入費の助成について、 不承認としましたので通知します。</p> <p>不承認とした理由</p> </div>																							
<p>様式第4号（第9条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">請 求 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 男鹿市長 様</p> <p>債権者 住 所 _____ (電話番号) _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>次のとおり請求します。</p> <p>請 求 金 額 　¥ _____</p> <hr/> <p>経費の内訳 男鹿市がん患者医療用補正具助成事業助成金として (年 月 日付け 指 令 第 号 承認通知)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">振込先</td> <td style="width: 15%;">金融機関名</td> <td style="width: 45%;">銀行 信用金庫 農協</td> <td style="width: 30%;">本 店 支 店 出 張 所</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td>普通</td> <td>当座</td> </tr> <tr> <td></td> <td>口座番号</td> <td></td> <td>左詰記入</td> </tr> <tr> <td></td> <td>口座名義人 ※カタカナで記載</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><small>注) 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(例:八六八支店など)・口座番号(7桁)を記入してください。</small></p> </div>	振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本 店 支 店 出 張 所	預金種別	普通	当座		口座番号		左詰記入		口座名義人 ※カタカナで記載			<p>様式第4号（第9条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">請 求 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 男鹿市長 様</p> <p>債権者 住 所 _____ (電話番号) _____</p> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>次のとおり請求します。</p> <p>請 求 金 額 　¥ _____</p> <hr/> <p>経費の内訳 男鹿市がん患者医療用補正具助成事業助成金として (年 月 日付け 指 令 第 号 承認通知)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">支払方法</td> <td style="width: 90%;">□ 口座振替払</td> </tr> <tr> <td>□ 口座振替払の 振込銀行及び 口座番号</td> <td>銀行 信用金庫 農協 本 店 支 店 出 張 所</td> </tr> <tr> <td>□ 口座名義人 ※カタカナで記載</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td>がん患者医療用補正具助成費用として</td> </tr> </table> </div>	支払方法	□ 口座振替払	□ 口座振替払の 振込銀行及び 口座番号	銀行 信用金庫 農協 本 店 支 店 出 張 所	□ 口座名義人 ※カタカナで記載		備 考	がん患者医療用補正具助成費用として
振込先		金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本 店 支 店 出 張 所																				
	預金種別	普通	当座																					
	口座番号		左詰記入																					
	口座名義人 ※カタカナで記載																							
支払方法	□ 口座振替払																							
□ 口座振替払の 振込銀行及び 口座番号	銀行 信用金庫 農協 本 店 支 店 出 張 所																							
□ 口座名義人 ※カタカナで記載																								
備 考	がん患者医療用補正具助成費用として																							
<p>備考 改正箇所は、下線が引かれた部分及び太枠で示した部分である。</p>																								

附 則

この告示は、令和5年4月1日から施行する。