

## 熊本県がん患者ＱＯＬ向上事業補助金交付要領

### (通則)

第1条 熊本県がん患者ＱＯＬ向上事業補助金（以下、「補助金」という。）の交付については、熊本県補助金等交付規則（昭和56年規則第34号。以下「規則」という。）及び熊本県健康福祉補助金等交付要項（以下「要項」という。）に定めるもののほか、この要領の定めるところによる。

### (交付の目的等)

第2条 この補助金の名称、目的、対象事業は、次の表のとおりとし、市町村長が事業の実施に必要な経費のうち、補助金交付の対象として知事が認める経費について補助金を交付する。

補助金の名称	補助金の目的	対象事業
熊本県がん患者ＱＯＬ向上事業補助金	外見の変化が生じたがん患者が購入するウィッグや乳房補整具等、若年がん患者が利用する在宅介護サービス等に要する経済的負担を軽減し、がん患者の生活の質の向上を図る	別表の区分ア及びイに掲げる事業

### (補助金額の算定方法及び対象期間)

第3条 要項第2条の補助金額は、別表に定める補助額とし、予算の範囲内で交付する。  
2 補助金の交付の対象となる期間は、交付決定の時期に関わらず、交付決定のあった年度の4月1日から3月31日までとする。

### (申請手続)

第4条 要項第3条第2項第1号の事業計画書は、様式1、2及び3によるものとする。  
2 要項第3条第1項の申請書の提出期限は、知事が別に定める日とする。

### (変更申請手続)

第5条 要項第5条第2項の事業変更計画書の様式は、様式4、5及び6によるものとする。  
2 変更申請書を提出することができる期間は、知事が別に定める日とする。

(申請の取下げ)

第6条 要項第6条の申請の取下げをすることのできる期間は、交付決定の通知を受けた日から起算して15日以内とし、市町村長は、その旨を記載した書面を知事に提出しなければならない。

(実績報告)

第7条 要項第9条第2項第1号の事業実績書は、様式7、8及び9によるものとする。  
2 実績報告書の提出期限は、当該年度の助成事業完了後1か月以内とする。

(関係書類の整備等)

第8条 市町村長は、補助金の収支に関する書類を備え、補助対象者から提出された申請書等関係書類を整理し、これらを補助金の交付を受けた年度終了後5年間保管しなければならない。  
2 市町村長は、助成金台帳等を整備し、補助対象者の住所、氏名、識別番号、要した費用、疾患名、助成額、県補助交付額等の適切な把握及び管理をするものとする。

附 則

この要領は、令和6年7月5日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

別表（第3条関係）

区分	対象経費	基準額	補助額
ア がん患者アピアランスケア推進事業	熊本県がん患者アピアランスケア推進事業実施要領に基づき、市町村が実施する助成事業に要する経費	対象者1人当たり(1)及び(2)それぞれについて、対象経費に2分の1を乗じた額と20,000円のいずれか少ない方の額の合計 (1)ウィッグ等 (2)乳房補整具等	市町村支出額から寄付金その他の収入額を控除した額と別に定める補助基準額とを比較していずれか少ない額
イ 若年がん患者在宅療養支援事業	熊本県若年がん患者在宅療養支援事業実施要領に基づき、市町村が実施する助成事業に要する経費	<u>対象者1人当たり(1)～(4)について、1か月当たりの利用額(※)の合計に10分の9を乗じた額と60,000円のいずれか少ない方の額</u> (1)訪問介護 (2)訪問入浴介護 (3)福祉用具貸与 (4)福祉用具購入 ※福祉用具購入は1人1回限り	に2分の1を乗じた額。 なお、算出額の1,000円未満は切り捨てる。

様式 1 (第 4 条関係)

年度 (            年度) 熊本県がん患者 Q O L 向上事業補助金 事業計画書 (所要額調書)

市町村名 \_\_\_\_\_

(単位 : 円)

事業名	補助の対象			県補助基準額	県補助基本額	県補助所要額	交付申請額 (F) = (G)
	市町村 支出予定額	寄附金その他 の収入額	補助対象経費 (A) - (B)				
	(A)	(B)	(C)				
がん患者アピアラ ンスケア推進事業							
若年がん患者在宅 療養支援事業							
合計							

(注 1) 「市町村支出予定額 (A)」欄には、様式 2 又は様式 3 の「1 市町村支出予定額」の合計欄の値を記載すること。

(注 2) 「県補助基準額 (D)」欄には、様式 2 又は様式 3 の「2 県補助基準額」の合計欄の値を記載すること。

(注 3) 「県補助基本額 (E)」欄には、(C) 欄の額と (D) 欄の額を比較して、いずれか少ない方の額を記載すること。

(注 4) 「県補助所要額 (F)」欄には、(E) 欄に 2 分の 1 を乗じた額を記載すること。なお、算定に当たっては 1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

様式2（第4条関係）

年度（            年度）熊本県がん患者QOL向上事業補助金 事業計画書（熊本県がん患者アピランスケア推進事業用）

市町村名\_\_\_\_\_

1 市町村支出予定額の算定

（単位：円）

補助対象経費	市町村補助額単価	利用見込み人数	市町村支出予定額（①×②）
	①	②	③
ウィッグ等	円	人	円
乳房補整具等	円	人	円
合計		人	円

（注1） 県の補助対象となっている補助対象経費について全て記載すること（がん患者以外に対する助成については記載しない）。  
行が不足する場合は適宜追加すること。

（注2） その他の補助対象外経費（例：付属品及びケア用品、送料及び交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書等に係る費用、  
サイズ 調整、カット代又はセットに係る費用等）は含まないこと。

2 県補助基準額の算定

（単位：円）

補助対象経費	県補助単価	利用見込み人数	県補助基準額（①×②）
	①	②	③
ウィッグ等	円	人	円
乳房補整具等	円	人	円
合計		人	円

（注1） 「利用見込み人数②」欄については、「1 市町村支出予定額の算定」の「利用見込み人数②」人数を転記すること。

様式3（第4条関係）

年度（                      年度）熊本県がん患者QOL向上事業補助金 事業計画書（熊本県若年がん患者在宅療養支援事業用）

市町村名 \_\_\_\_\_

1 市町村支出予定額の算定

（単位：円）

補助対象経費	市町村補助額単価	利用見込み人数	利用見込み月数	市町村支出予定額
	①	②	③	①×②×③
訪問介護	円/月	人	月	円
訪問入浴介護	円/月	人	月	円
福祉用具貸与	円/月	人	月	円
福祉用具購入	円/回	人		円
合計		人		円

（注1） 県の補助対象となっている補助対象経費について全て記載すること（18歳未満、がん患者以外に対する助成については記載しない）。行が不足する場合は適宜追加すること。

（注2） その他の補助対象外経費（例：意見書に要する費用、通院タクシー代など）は含まないこと。

（注3） 市町村補助額単価には、60,000円/月、60,000円/回など単価を記載すること。

2 県補助基準額の算定

（単位：円）

補助対象経費	県補助額単価	利用見込み人数	利用見込み月数	県補助基準額
	①	②	③	①×②×③
訪問介護	円/月	人	月	円
訪問入浴介護	円/月	人	月	円
福祉用具貸与	円/月	人	月	円
福祉用具購入	円/回	人		円
合計		人		円

（注1） 「利用見込み人数②」欄、「利用見込み月数③」欄については、「1 市町村支出予定額の算定」の利用見込み人数及び利用見込み月数を転記すること。

様式 4 (第 5 条関係)

年度 (            年度) 熊本県がん患者 Q O L 向上事業補助金 事業変更計画書 (所要額調書)

市町村名 \_\_\_\_\_

(単位 : 円)

事業名	補助の対象			県補助 基準額	県補助基本額	変更申請額	既交付 決定額	増減額 (F) - (G)
	市町村 支出予定額	寄附金その他 の収入額	補助対象経費 (A) - (B)					
	(A)	(B)	(C)					
がん患者アピ アランスケア 推進事業								
若年がん患者 在宅療養支援 事業								
合計								

(注 1) 「市町村支出予定額 (A)」欄には、様式 5 又は様式 6 の「1 市町村支出予定額」の合計欄の値を記載すること。

(注 2) 「県補助基準額 (D)」欄には、様式 5 又は様式 6 の「2 県補助基準額」の合計欄の値を記載すること。

(注 3) 「県補助基本額 (E)」欄には、(C) 欄の額と (D) 欄の額を比較して、いずれか少ない方の額を記載すること。

(注 4) 「変更申請額 (F)」欄には、(E) 欄に 2 分の 1 を乗じた額を記載すること。なお、算定に当たっては 1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

様式 5 (第 5 条関係)

年度 (            年度) 熊本県がん患者 QOL 向上事業補助金 事業変更計画書 (熊本県がん患者アピアランスケア推進事業用)

市町村名 \_\_\_\_\_

1 市町村支出予定額の算定

(単位: 円)

補助対象経費	市町村補助額単価	利用見込み人数	市町村支出予定額 (①×②)
	①	②	③
ウィッグ等	円	人	円
乳房補整具等	円	人	円
合計		人	円

(注 1) 県の補助対象となっている補助対象経費について全て記載すること (がん患者以外に対する助成については記載しない)。行が不足する場合は適宜追加すること。

(注 2) その他の補助対象外経費 (例: 付属品及びケア用品、送料及び交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書等に係る費用、サイズ調整、カット代又はセットに係る費用等) は含まないこと。

2 県補助基準額の算定

(単位: 円)

補助対象経費	県補助基準単価	利用見込み人数	県補助基準額 (①×②)
	①	②	③
ウィッグ等	円	人	円
乳房補整具等	円	人	円
合計		人	円

(注) 「利用見込み人数②」欄については、「1 市町村支出予定額の算定」の人数を記載すること。

様式6（第5条関係）

年度（                      年度）熊本県がん患者QOL向上事業補助金 事業変更計画書（熊本県若年がん患者在宅療養支援事業用）

市町村名 \_\_\_\_\_

1 市町村支出予定額の算定 （単位：円）

補助対象経費	市町村補助額単価	利用見込み人数	利用見込み月数	市町村支出予定額
	①	②	③	①×②×③
訪問介護	円／月	人	月	円
訪問入浴介護	円／月	人	月	円
福祉用具貸与	円／月	人	月	円
福祉用具購入	円／回	人		円
合計		人		円

（注1） 県の補助対象となっている補助対象経費について全て記載すること（18歳未満、がん患者以外に対する助成については記載しない。）。行が不足する場合は適宜追加すること。

（注2） その他の補助対象外経費（例：意見書に要する費用、通院タクシー代など）は①～④欄には含まないこと。

（注3） 市町村補助額単価には、60,000円／月、60,000円／回など単価を記載すること。

2 県補助基準額の算定 （単位：円）

補助対象経費	県補助基準額単価	利用見込み人数	利用見込み月数	県補助基準額
	①	②	③	①×②×③
訪問介護	円／月	人	月	円
訪問入浴介護	円／月	人	月	円
福祉用具貸与	円／月	人	月	円
福祉用具購入	円／回	人		円
合計		人		円

（注1） 「利用見込み人数②」欄、「利用見込み月数③」欄については、「1 市町村支出予定額の算定」の利用見込み人数及び利用見込み月数を転記すること。

様式 7 (第 7 条関係)

年度 (            年度) 熊本県がん患者 Q O L 向上事業補助金 事業実績書 (精算額調書)

市町村名 \_\_\_\_\_

(単位 : 円)

事業名	補助の対象			県補助 基準額	県補助基本額	県補助所要額	交付決定額	差引過不足額 (F) - (G)
	市町村 支出額	寄附金その 他の収入額	補助対象経費 (A) - (B)					
	(A)	(B)	(C)					
がん患者ア ピランス ケア推進事 業	円	円	円	円	円	円	円	円
若年がん患 者在宅療養 支援事業	円	円	円	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円	円	円	円

(注 1) 「市町村支出額 (A)」欄には、様式 8、様式 9 の「市町村補助額」の合計欄の値をそれぞれ転記すること。

(注 2) 「県補助基準額 (D)」欄には、様式 8、様式 9 の「県補助基準額」の合計欄の値をそれぞれ転記すること。

(注 3) 「県補助基本額 (E)」欄には、様式 8、様式 9 の「県補助基本額」の合計欄の値をそれぞれ転記すること。

(注 4) 「県補助所要額 (F)」欄には、(E) 欄に 2 分の 1 を乗じた額を記載すること。なお、算定に当たっては 1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

様式 8 (第 7 条関係)

年度 (            年度) 熊本県がん患者 Q O L 向上事業補助金 事業実績書 (熊本県がん患者アピアランスケア推進事業用)

市町村名 \_\_\_\_\_

(単位 : 円)

No.	補助対象区分	購入日	本人購入額	市町村補助額	県補助基準額	県補助基本額
合計						

- (注 1) 県の補助対象事業について、1 件ごとに 1 行記載すること。行が不足する場合は適宜追加すること。
- (注 2) 「市町村補助額」欄には、実際に補助対象者に支払った補助額を記載すること。
- (注 3) 「本人購入額」欄には、消費税額及び地方消費税額を含み、その他対象外経費を除いた補助対象経費を記載すること。
- (注 4) 「県補助基準額」欄には、「本人購入額」に 2 分の 1 を乗じた額と、20,000 円のいずれか少ない方の額を記載すること。なお、小数点以下は切り捨てること。
- (注 5) 「県補助基本額」欄には、「市町村補助額」と「県補助基準額」のいずれか少ない方の額を記載すること。なお、「合計」欄には、1 件ごとの「県補助基本額」の合計を記載すること。

様式9（第7条関係）

年度（            年度）熊本県がん患者QOL向上事業補助金 事業実績書（熊本県若年がん患者在宅療養支援事業用）

市町村名 \_\_\_\_\_

（単位：円）

No.	補助対象 識別番号	年（元号）	年									年			合 計
		サービス 利用月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
		①サービス利用料													
		②市町村補助額													
		③県補助基準額													
		④県補助基本額													
		①サービス利用料													
		②市町村補助額													
		③県補助基準額													
		④県補助基本額													
	計	①サービス利用料													
		②市町村補助額													
		③県補助基準額													
		④県補助基本額													

- （注1） 県の補助対象事業（要領第2条）に該当する方ごとに1行記載すること。行が不足する場合は適宜追加すること。
- （注2） 県補助金の交付対象期間（要領第3条第2項）内に、市町村が補助対象者への補助金の支給が完了したものについて記載すること。
- （注3） 補助対象者が過年度に利用したサービス分を含め、複数月分の申請をまとめて支給する場合も、サービス利用月ごとに①～③を記載すること。適宜「サービス利用月」の列を追加すること。
- （注4） 過年度から補助金の支給を継続している補助対象者については、上段に当該年度、下段に過年度の補助対象者識別番号を（    ）に記載すること。
- （注5） 「①サービス利用料」欄には、補助対象者から申請のあった当月分のサービス利用料の総額を記載すること。
- （注6） 「②市町村補助額」欄には、補助対象者から申請のあった当月分のサービス利用料に対する市町村補助金の額を記載すること。
- （注7） 「③県補助基準額」欄には、要領別表「基準額」の計算に基づく額を記載すること。
- （注8） 「④県補助基本額」欄には、「②市町村補助額」と「③県補助基準額」の少ない方の額を記載すること。