

健康づくり推進課

| 補助金名                          | 補 助 対 象 経 費<br>(複数の事業がある場合は事業ごとに記入)                                                                                                       | 補助事業者等<br>(補助事業者と事業主体<br>が異なる場合はそれぞれ<br>表示) | 補 助 率<br>又は<br>補助金額                                                                                                                                                                                                                                               | 変更申請要件                                                | 備 考 | 国庫<br>補助<br>(有・無) |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----|-------------------|
| 14 <u>がん患者QOL<br/>向上事業補助金</u> | <u>市町村が行う、次の事業に対する経費</u><br><br><u>1 「熊本県がん患者アピアランスケア推進事業実施要<br/>領」に基づき実施する助成事業</u><br><u>2 「熊本県若年がん患者在宅療養支援事業実施要領」に<br/>基づき、実施する助成事業</u> | <u>市町村</u>                                  | <u>【補助率】</u><br><u>1/2</u><br><br><u>【補助金額】</u><br><u>市町村の対象経費実</u><br><u>支出額から寄付金そ</u><br><u>他の収入額を控除</u><br><u>した額と別に定める</u><br><u>補助基準額とを比較</u><br><u>していずれか少ない</u><br><u>額に補助率1/2を乗</u><br><u>じた額。</u><br><u>なお、算出額の</u><br><u>1,000円未満は切り</u><br><u>捨てる。</u> | <u>事業の内容の変更（軽</u><br><u>微な変更を除く。）を</u><br><u>する場合</u> |     | <u>無</u>          |