

あさぎり町がん患者アピランスケア推進事業実施要綱

（趣旨）

第 1 条 この要綱は、がん患者の外見の変化を補完するウィッグや乳房補整具等（以下、「用具」という。）の購入費用に係る助成金の交付に関し、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第 2 条 この助成金は、がん治療による脱毛や手術療法により、外見の変化が生じたがん患者の経済的及び心理的負担を軽減し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

（助成対象者）

第 3 条 本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- （1） 申請日に町内に居住し、本町の住民基本台帳に記録されている者
- （2） がんと診断され、がん治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた者又は現に受けている者
- （3） がん治療に起因する脱毛又は外科的治療等により第 4 条に定める用具を購入している者
- （4） 他の法令等に基づき同種の助成等（他自治体での助成等を含む）を受けていない者

2 助成対象者（助成対象者が 18 歳未満の場合、その法定代理人）は、用具の購入費の助成を申請することができる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は、助成を受けることができない。

- （1） 町税等を滞納している者
- （2） あさぎり町暴力団排除条例（平成 23 年あさぎり町条例第 20 号）第 2 条第 1 項及び同条第 2 項に該当しない者

（助成対象経費）

第 4 条 次の表に定める用具の購入に要した額を助成対象経費とする。

区分	助成の対象となる用具
----	------------

ウィッグ等	ウィッグ（医療用、医療用以外を問わない）、装着用ネット、毛付き帽子ほか、町長が認めるもの
乳房補整具等	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房（エピテーゼ）ほか、町長が認めるもの

- 2 購入額は、消費税額及び地方消費税額を含み、対象者が購入に当たり実際に支払った額とし、付属品及びケア用品（クリーナー、ブラシ、シャンプー、リンス、スタンド、商品を保管する容器等）、購入のために要した送料及び交通費、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は対象外とする。
- 3 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの並びに国又は地方公共団体が別に負担する対象となるものは助成の対象外とする。
- 4 令和6年3月31日以前に購入したものは助成の対象外とする。

（助成金の額）

第5条 助成金の額は、助成対象者1人につき助成対象経費に2分の1を乗じた額と20,000円のいずれか少ない方の額とする。

- 2 助成金の交付申請及び受領は、第4条に定める区分ごとに対象者1人につき1回限りとする。

（申請者）

第6条 助成金の交付申請及び助成金の受領（以下「申請等」という。）を行う者（以下「申請者」という。）は、原則として第3条に定める助成対象者とし、助成対象者がやむを得ない理由で自ら申請等を行うことができないときは、委任状（様式第2号）を添えて、代理人によりその申請をすることができる。

（助成金の申請）

第7条 申請者はあさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下、「申請書兼請求書」という。）に、次に掲げる書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- （1）がん治療を受けたこと又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明できる書類の写し

- (2) 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し
- (3) 町税等を滞納していないことを証明する書類
- (4) 振込先口座の通帳等の写し
- (5) その他町長が必要と認める書類

2 申請書兼請求書の提出期限は、用具を購入した日の翌日から 1 年以内とする。

(助成金の決定及び通知)

第 8 条 町長は、前条第 1 項の規定による申請書兼請求書の提出があったときは、その内容について審査し、適当と認めたときは、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付決定通知書（様式第 3 号。以下、「交付決定通知書」という。）、助成金を交付しない決定をしたときは、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付不承認通知書（様式第 4 号）により、申請者に対し通知するものとする。

2 町長は、前条の申請書類に記載された内容について審査するために、住民基本台帳情報を閲覧するとともに、必要に応じて関係機関へ問い合わせることができるものとする。

(助成金の交付)

第 9 条 町長は、前条の規定により助成金の交付決定を通知したときは、速やかに申請者の指定する口座へ振込みの方法により交付するものとする。

(交付決定の取り消し及び返還)

第 10 条 町長は、偽りその他不正の手段により助成を受けた者があるときは、助成金の交付決定の全部または一部を取り消すことができる。

2 町長は、前項の規定により助成金の交付決定を取り消した場合、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付決定取消通知書（様式第 5 号）により通知するものとするものとし、既に助成金が交付されているときは、当該交付を受けた対象者に対し返還を命ずるものとする。

(関係台帳の整備)

第 11 条 町長は、助成金の交付の決定の状況を明らかにしておくため、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金台帳（様式第 6 号）を備え、必要な事項を記載しておくこととする。

（個人情報の取扱い等）

第 12 条 町は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するとともに申請者及びその家族の心情に充分配慮した対応を取るものとする。

（事業の周知）

第 13 条 町は、本事業について広報、周知等に努め、利用機会の拡大に努めるものとする。

（その他）

第 14 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、告示の日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

様式第 1 号（第 7 条関係）

あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

あさぎり町長

あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第 7 条の規定により、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ					電話番号				
	氏名									
	住所	〒				対象者との続柄				
対象者	フリガナ					生 年 月 日				
	氏名					年 月 日				
	住所	〒				□申請者と同じ				
がんの治療状況		医療機関名								
		主治医名				治療方法		手術・化学・放射線 その他（ ）		
過去の受給の有無※		有 ・ 無 ※過去に購入助成を受けた事がある場合、「有」に○を付けてください。								
購入した用具		購入年月日		購入費（税込価格）				助成申請額 ※20,000 円と購入費（左記）に 2 分の 1 を乗じた額との低い 方の額。		
		年 月 日		円				円		
振 込 先		銀行 農協 金庫 その他（ ）						本店 支店 出張所		
		種別	口座番号						口座名義人（カタカナ）	
		普通・当座								
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 委任者（申請者）氏名 受任者 住所 氏名										

様式第 1 号（裏面）（第 7 条関係）

（誓約・同意事項） ☐にチェック（☒）を記入してください。

- ☐ この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。
- ☐ これまでに本事業及び他市町村から、同種の用具に係る助成等を受けたことはありません。
- ☐ （助成対象者が 18 歳未満の場合）申請者は法定代理人に該当します。
- ☐ 申請にあたってはあさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱の内容を遵守します。

（添付書類）

1. がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグ等の場合、患者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの。乳房補整具等の場合、患者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
2. 用具の購入に係る領収書及びその明細書の写し（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）
3. 町税等を滞納していないことを証明する書類
4. 振込先口座の通帳等の写し
5. 委任状（様式第 2 号）（申請者と対象者が異なる場合）

※対象者が 18 歳未満の場合を除く。

委 任 状

年 月 日

あさぎり町長 様

私(委任者)は、受任者を代理人と定め、あさぎり町がん患者アピアランス推進事業助成金の申請及び請求に関する権限をあさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第 6 条に基づき委任します。

委任者

住所

氏名

印

電話連絡先

受任者

住所

氏名

印

電話連絡先

※「委任者」欄には助成対象者（実際に用具を使用する方）、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。

第 号
年 月 日

様

あさぎり町長

あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありましたあさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金について、下記のとおり決定しましたので、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第 8 条の規定により通知します。

記

- 1 対 象 者 名
- 2 助 成 金 額 金 円

第 号
年 月 日

様

あさぎり町長

あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請のありましたあさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金について、下記の理由により不承認としますので、あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第 8 条の規定により通知します。

記

- 1 対 象 者 名
- 2 不 承 認 の 理 由

第 号
年 月 日

様

あさぎり町長

あさぎり町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付決定取消通知書

年 月 日付け 第 号により通知したあさぎり町がん患者アピアランス
ケア推進事業助成金交付決定の全部（一部）を下記のとおり取り消したので、あさぎり町がん患
者アピアランスケア推進事業実施要綱第 10 条の規定により通知します。

記

- | | | |
|---|------------|-----|
| 1 | 対 象 者 名 | |
| 2 | 助成金の交付決定額 | 金 円 |
| 3 | 取 消 額 | 金 円 |
| 4 | 取消し後の交付決定額 | 金 円 |
| 5 | 取消しの理由 | |