

南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者のがん治療による外見変貌を補完する医療用補整具（医療用ウィッグ又は乳房補整具。以下「補整具」という。）購入に係る経済的負担の軽減を図ることを目的とし、補整具購入費の一部を補助するために必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付対象者（以下「補助対象者」という。）は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 補助金の交付申請日時時点で南知多町内に住所を有すること。
- (2) がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けていること。
- (3) がん治療に起因する脱毛又は外科的治療等による乳房の変形に対する補整具を購入していること。
- (4) 過去に愛知県内の市町村から、がん患者アピアランスケア支援事業実施要領に基づく補助を受けていないこと。

(補助対象経費)

第3条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、補助対象者が、次に定める補整具を購入した費用とする。

- (1) ウィッグ（ウィッグと同時に購入した頭皮保護用ネットを含む。）
- (2) 補整下着、補整パッド又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）

(補助金額等)

第4条 補助金の交付金額は、前条各号に規定する補助対象経費に2分の1を乗じて得た額とし、2万円を上限とする。

- 2 前項に基づき算出する額に1千円未満の端数が生じたときは、その端数は切り捨てるものとする。
- 3 補助金の交付は、補助対象者1人につき、補整具を前条各号に区分して、各1回とする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて町長に申請するものとする。

- (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
- (2) 補整具の購入に係る領収書
- (3) その他町長が必要と認める書類

- 2 補助対象者が未成年の場合、申請者はその保護者とする。
- 3 申請書の提出期限は、補整具を購入した日の翌日から 1 年以内とする。ただし、令和 4 年 4 月 1 日以降に購入したものに限る。

(補助金の交付決定)

第 6 条 町長は、前条の申請があったときは、その内容について審査し、補助金を交付すべきものと認めたときは、南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書(様式第 2 号)、補助金を交付しない決定をしたときは、南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付不承認通知書(様式第 3 号)により、申請者に対し通知するものとする。

(補助金の請求及び交付)

第 7 条 前条に規定する交付決定通知を受けた者は、町長に対し、南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金請求書(様式第 4 号。以下「請求書」という。)を提出するものとする。

- 2 町長は、前項の規定により提出された請求書に基づき、補助金の交付を行う。

(補助金の返還)

第 8 条 町長は、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の支給を受けた者に対し、その全部又は一部を返還させることができる。

(報告)

第 9 条 町長は、補助金の交付に関し必要があると認めるときは、補助金の交付を受け、又は受けようとする者に対し、必要な事項の報告を求めることができる。

(譲渡の禁止等)

第 10 条 この要綱による補助金の交付を受ける権利は、他人に譲渡し、又は担保に供することができない。

(その他)

第 11 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、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年 月 日

南知多町長 様

(申請者)

住所 _____

氏名 (自署) _____

補助対象者との続柄 (_____)

電話番号 (_____)

下記のとおり南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金の申請をします。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
対象者	住所	〒 _____			
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 (_____)		
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		・医療行為同意書 ・治療方針計画書 ・お薬手帳 ・その他 (_____) ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具	
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有		無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄 _____)		(続柄 _____)	
	購入費用	① _____ 円 (税込)	② _____ 円 (税込)		
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)		
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)				円	
		(南知多町記載欄) 補助決定金額		円	

(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（ウィッグの場合、対象者名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、対象者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
- 2 補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者のフルネーム、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。）

様式第2号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

南知多町長

南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金について、下記のとおり交付決定しましたので通知します。

記

1 対象者名

2 補助金額 金

円

様式第3号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

南知多町長

南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金について、下記の理由により不承認とすることに決定しましたので通知します。

記

- 1 対象者名
- 2 不承認の理由

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

南知多町長 様

住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号（ _____ ）

南知多町がん患者アピアランスケア支援事業補助金請求書

年 月 日付け第 _____ 号で交付決定のありました南知多町
がん患者アピアランスケア支援事業補助金について、下記のとおり請求します。

記

- 1 補助金請求額 金 _____ 円
- 2 振込み口座

金融機関名	銀行 信用金庫・組合 信漁連 農協	(ゆうちょ銀行以外の場合) 支店 出張所
		(ゆうちょ銀行の場合) 店名・店番
口座番号		
口座種別	普通 ・ 当座	
(フリガナ)		
口座名義人		