

和泊町告示第 114 号

和泊町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱を次のように定めた。

令和 6 年 9 月 10 日

和泊町長 前 登志朗

和泊町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱

(目的)

第 1 条 この要綱は、がん患者が、治療（手術、放射線療法又は化学療法）に伴う脱毛や乳房切除による精神的負担を軽減するため使用するウィッグ等や乳房（胸部）補整具の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の経済的負担を軽減し、治療と就労等との両立など、がん患者の社会参加を支援することを目的とする。

(対象者)

第 2 条 がん患者アピアランスケア支援事業（以下「本事業」という。）の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者（以下「対象者」という。）とする。

- (1) 和泊町に住所を有し、かつ、がんと診断され、がんの治療（薬物療法、放射線治療、手術等）を受けた者又は現在受けている者
- (2) 本事業及び他の制度において、次条に規定するウィッグ等や乳房補整具の購入費用の助成又は給付等を受けていない者

(助成内容)

第 3 条 助成対象となるウィッグ等や乳房補整具は次とおりとし、購入費用には消費税額及び地方消費税額を含むものとする。ただし、購入のために要する交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用及び付属品、ケア用品等の購入費用については対象としない。

- (1) ウィッグ等 がん治療に伴う脱毛に対応するために着用する医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネット
- (2) 乳房（胸部）補整具 手術による乳房の変化に対応するための補整下着・補整パッド・専用入浴着・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）

2 助成回数は、対象者 1 人につき前項の第 1 号及び第 2 号の区分ごとに購入し

た1回限りとし、ウィッグ等については1台限りとする。

3 助成額は以下のとおりとする。

(1) ウィッグ等 第1項に規定する購入費と、助成上限金額 20,000 円のいずれか少ない方の額とする。

(2) 乳房（胸部）補整具 第1項に規定する購入費と、助成上限金額 10,000 円のいずれか少ない方の額とする。

（助成の申請及び請求）

第4条 助成金の交付を受けようとする者又はその家族（以下「申請者」という。）

は、和泊町がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書（第1号様式。以下「申請書」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) がんの治療を受けていたこと又は現在受けていることを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）

(2) 補助対象物品を購入したことを証明する書類（品目や金額の記載のある領収書）

(3) その他町長が必要と認める書類

2 対象者以外の者が申請者となる場合は、前項に掲げる書類に加えて、委任状（第2号様式）を提出しなければならない。

3 申請期限は、対象となるウィッグ等や乳房補整具の購入日の属する年度内とする。ただし、申請者又は対象者に申請期限までに申請することができないやむを得ない事情がある場合は、購入した日から1年以内とする。

（助成金の支給決定等）

第5条 町長は、前条の規定による申請書を受理したときは、その内容を審査の上、支給の可否を決定し、和泊町がん患者アピアランスケア支援事業購入費助成金支給（不支給）決定通知書（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

2 町長は、助成金の支給を決定した時は、速やかに申請者に助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第6条 町長は、偽りその他の不正の手段により、助成金の交付を受けたものがあるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第7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

(施行期日)

- 1 この要綱は、交付の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。
(和泊町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱の廃止)
- 2 和泊町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱(令和5年和泊町告示第30号)は、廃止する。

和泊町長 殿

和泊町がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

私は、和泊町がん患者アピアランスケア支援事業交付（実施）要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ					電話番号	
	氏 名	(本人が自書する場合は押印不要)					
	住 所	〒				対象者との続柄	
対象者	フリガナ					生 年 月 日	
	氏 名	□申請者と同じ				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 ()	
申請区分		医療用ウィッグ等			乳房(胸部)補整具		
過去の受給の有無		有 ・ 無			有 ・ 無		
※ 過去に鹿児島県内の市町村で購入助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。							
申請内容	購入年月日	年 月 日			年 月 日		
	購入費 (税込価格)	円			円		
	助成申請額 (1,000 円未満 切り捨て)	円			円		
振 込 先						本店 支店	
		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。 受任者 住所 氏名 申請者との続柄:							

添付書類

- (1) がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書，治療方針計画書等）
- (2) 補助対象物品の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）
- (3) 本人を確認する書類の写し（住民票，運転免許証，医療保険証等）
- (4) 振込先の金融機関名，支店名，預金種目，口座名義人，口座番号が分かるページの写し
- (5) その他町長が必要と認める書類

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

和泊町長 殿

委 任 状

私（委任者）は，受任者（申請者）を代理人と定め，和泊町がん患者
アピアランスケア支援事業に係る助成金の申請及び受領に関する権限
を委任します。

「委任者」※助成対象者（実際にウィッグを使用する方）

住所

氏名

印

電話連絡先

「受任者」※申請者（代理で申請する方）

住所

氏名

印

電話連絡先

第 3 号様式（第 5 条関係）

第 号
年 月 日

様

和泊町長 印

和泊町がん患者アピアランスケア支援事業購入費助成金支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった和泊町がん患者アピアランスケア支援事業について、下記のとおり決定したので、和泊町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第 5 条の規定に基づき通知します。

記

- 1 助成金支給決定額 金 円
- 2 支給（振込）予定日 年 月 日
- 3 不支給決定理由