

○金ケ崎町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱

令和3年4月1日

告示第68号

(目的)

第1 この要綱は、治療に伴う外見の変化によるがん患者の心理的及び経済的な負担を軽減し、療養生活の質の向上と社会参加の促進を図るため、がん患者が医療用ウィッグ及び乳房補整具（以下「医療用補整具」という。）の購入に要する経費に対し、予算の範囲内において助成金を交付することについて、金ケ崎町補助金交付規則（昭和42年金ケ崎町規則第20号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、がん患者のうち、次の各号のいずれにも該当する者とする。

(1) がん治療の副作用として脱毛が認められる者又は乳房切除術を受けた者

(2) 医療用補整具を購入した日において町内に住所を有する者

(助成対象経費)

第3 助成の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、次のとおりとする。

補整具の種類	助成対象経費
医療用ウィッグ	医療用ウィッグ（全頭用）本体1台の購入に要する経費
乳房補整具（右側）	人工乳房（体内に挿入する人工乳房を除く。）、パッド及びニップルの購入に要する経費（これらを固定する下着類を除く。）
乳房補整具（左側）	

2 医療用補整具の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、ケア用品等に要する経費は、助成の対象としない。

(助成金の額及び助成の回数)

第4 助成金の額は、医療用ウィッグについては2万円、乳房補整具については右側及び左側それぞれ1万円を上限とし、助成対象経費がその額に満たない場合は、助成対象経費の全額とする。

2 助成の回数は、前項に規定する補整具1種類につき1回限りとする。

(助成金の申請)

第5 助成を受けようとする対象者（以下「申請者」という。）は、金ケ崎町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下「申請書」という。）

に、次に掲げる書類を添えて、原則として医療用補整具を購入した日から6月以内に町長に提出するものとする。

(1) がん治療に関する証明書(様式第2号)、その他がん治療を受けた又は受けていることを証明する書類

(2) 医療用補整具を購入したことを証明する書類の写し

(3) 運転免許証、旅券、個人番号カードその他これらに類する書類の写し

(4) その他、町長が必要と認める書類

(代理による申請)

第6 申請者に代わり、代理人として第5の規定による申請をすることができる者は、次に掲げる者とする。

(1) 申請者の属する世帯の世帯構成者

(2) 法定代理人(親権者、未成年後見人、成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人及び代理権付与の審判がなされた補助人をいう。)

(3) その他、町長が特に認める者

2 代理人は、前項の規定による申請をしようとするときは、申請書の代理申請欄へ記載をしたうえで申請書を町長に提出しなければならない。この場合において、代理人(前項第1号に該当する者を除く。以下同じ。)は、代理人本人であることを証するため、当該申請書に第5第3号に掲げる書類及び申請者との間の代理関係を証する書類の写しを添付するものとする。

(助成金の交付)

第7 町長は、申請書を受領したときは、当該申請について速やかに審査し、助成金の交付の可否を決定し、適当であると認めたときは、速やかに助成金を交付するものとし、助成の決定の通知は、助成金の支払いをもってこれに代えるものとする。

2 町長は、助成金を交付することが適当でないと認めるときは、その理由を付して金ヶ崎町がん患者医療用補整具購入費助成金不交付決定通知書(様式第3号)により、申請者に通知するものとする。

(交付決定の取消し)

第8 町長は、第7第1項の規定により助成金の交付決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができるものとする。

(1) 偽りその他の不正の手段により助成金の交付決定又は交付を受けたことが明らかになったとき。

(2) この要綱の規定に違反したとき。

(3) その他助成金の交付決定を取り消す必要があると町長が認めるとき。

(助成金の返還)

第9 町長は、第8の規定により助成金の交付決定を取り消したときは、交付した助成金の全部又は一部を返還させるものとする。

(補則)

第10 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。

様式第1号（第5関係）

年 月 日

金ケ崎町長 様

申請者（請求者）住所
氏名
電話番号

印

金ケ崎町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

金ケ崎町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請内容の確認のため、町が保有する申請者及び対象者の個人情報を見ることが並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所	※申請者（請求者）と同じ場合は、記入不要です。		
助成対象補整具（助成金上限額）		購入年月日	購入費（税込）	助成金上限額又は購入費のいずれか低い額
ウィッグ （20,000円）		年 月 日	円	円
乳房補整具（右側） （10,000円）		年 月 日	円	円
乳房補整具（左側） （10,000円）		年 月 日	円	円
助成金交付請求額				円
金融機関		種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 農協		本店 支店 普通 当座		フリガナ
※ 代理申請欄（代理による申請及び請求（並びに受領）を行う場合のみ記入してください。）				
代理人	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所		対象者との続柄	
私は、がん患者等医療用補整具購入費助成金の申請及び請求（並びに受領）に関する権限を上記代理人に委任します。				
委任者 氏名				

【添付書類】

- 医療用補整具を購入したことを証明する書類（品名、金額等の記載のある領収書等の写し）
- がん治療に関する証明書（様式第2号）その他のがん治療を受けた、又は受けていることを証明する書類（診断書、治療方針計画書、診療明細書等の写し）
- 本人確認書類（運転免許証、旅券、個人番号カードその他これらに類する書類の写し）

様式第3号（第7関係）

第 号
年 月 日

様

金ヶ崎町長

金ヶ崎町がん患者医療用補整具購入費助成金不交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました医療用補整具購入費助成金について、
次のとおり交付しないことを決定しましたので通知します。

【不交付の理由】