

愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、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、補整具を購入したがん患者に対し、愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金を交付することについて、愛西市補助金等交付規則（平成17年愛西市規則第29号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 医療用ウィッグ がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ（かつら）をいう。
- (2) 乳房補整具 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着、補整パッド又は人工乳房をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請日において本市に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく本市の住民基本台帳に記録されている者。
- (2) がんと診断され、その治療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) 過去に愛知県内の他市町村から、同種の補整具について、愛知県がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱に定める事業を利用した補助金を受けていないこと。

(補助対象経費等)

第4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。）

及び補助金の額は、別表に定めるとおりとする。

2 前項の規定により算出した補助金の額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

3 補助金の交付回数は、補助対象者1人につき、補整具の種類ごとに1回とする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付申請書（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、市長に提出しなければならない。

(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) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 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 市長は、前条第1項の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査し、当該補助金を交付すべきものと認めたときは、愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付決定通知書（様式第2号。以下「決定通知書」という。）、補助金を交付しない決定をしたときは、愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付不承認通知書（様式第3号）により、申請者に通知するものとする。

(補助金の請求及び交付)

第7条 補助金の交付の決定を受けた者は、決定通知書を受けた日から起算して10日以内に市長に愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付請求書（様式第4号）を提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定により補助金交付請求書の提出があったときは、その内容を審査し、速やかに補助金を交付するものとする。

（補助金の返還）

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

（その他）

第9条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

この告示は、公布の日から施行し、令和4年7月1日から適用する。

別表（第4条関係）

| 補助対象経費 | 補助金の額 |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 医療用ウィッグ（同時購入した頭皮保護用ネットを含む。）の購入費 | 補助対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（2万円を上限とする。） |
| 乳房補整具（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）の購入費 | 補助対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（2万円を上限とする。） |

様式第1号（第5条関係）

愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）愛西市長

申請者 住所
 氏名（自署）
 補助対象者との続柄（ ）
 電話番号（ ）

| | | | | | |
|---|-------------------|---|---|-------|--|
| 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 | | | |
| | 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 | | ・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・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 | | |
| | 補整具について他からの助成の有無 | 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）※1円未満切り捨て 円 | ④（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額）※1円未満切り捨て 円 | | |
| 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 | | |
| | | | （愛西市記載欄） 補助決定金額 円 | | |

（誓約・同意事項） にチェック()を記入してください。

これまでに本事業及び県内他市町村から、同種の補整具に係る補助等を受けたことはありません。

審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。

* 補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

* 補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

(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、ご本人名・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、ご本人名・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。）

様式第2号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

愛西市長

愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金について、下記のとおり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

愛西市長

愛西市がん患者アピアランスケア支援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愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金について、下記の理由により不承認とします。

記

- 1 対象者名
- 2 不承認の理由

様式第4号（第7条関係）

愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）愛西市長

申請者 住所

氏名

愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金の交付を受けたいので、愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付要綱第7条の規定により請求します。

1 補助金請求額 金 円

2 振込先

| | | | |
|-------|------------------|------|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | | 本店 支店 出張所 |
| 預金の種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |

※ 振込先の口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写しを添付してください。