

## 長久手市がん患者補整具購入費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の身体的・精神的・経済的な負担を緩和し、社会生活上の不安を和らげるために、予算の範囲内で、がん患者の補整具（ウィッグ等又は乳房補整具。以下、「補整具」という。）を購入した者に対して購入費の一部を市が助成することにより、がんになっても安心して暮らし続けられる共生社会を構築することを目的とする。

(対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者は、次の各号に掲げる要件のすべてに該当する者（以下「助成対象者」という。）とする。

- (1) 本助成金申請日時点で本市に住所を有する者
- (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必要とする者
- (4) 過去に県内他市町村から、同種の補整具について助成金の交付を受けたことがない者

(助成対象補整具)

第3条 助成対象となる補整具は、次の表のとおりとする。なお、毛付き帽子、くしやクリーナー等の付属品、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外とする。

区分		要件
(1)	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もの（全頭用・部分用ウィッグ、頭皮保護用ネット含む）。ウィッグの使用に付属する消耗品の費用については、助成対象外とする。
(2)	乳房補整具	外科的治療等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）。

(申請者)

第4条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、原則として助成対象者とし、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場合のみ、他の者へ申請等を委任することができるものとする。ただし、助成対象者が未成年の場合、申請者はその保護者とする。

(助成額)

第5条 助成額は、第3条に定める補整具の区分ごとに、購入額に2分の1を乗じて得た額とし、20,000円を上限とする。

2 前項に基づき算出する額に100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 助成金の交付は、助成対象者1人につき、補整具の種類ごとに1回とする。

(申請)

第6条 申請者は、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書（第1号様式。以下「申請書」という。）に、第2項に掲げる書類を添付して、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に市長に提出しなければならない。

2 前項に定める申請書に添付する書類は、次に掲げるとおりとする。

(1) 助成対象者（未成年の場合は、その保護者）が申請者となるとき

ア 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

イ 補整具を購入したこと及び購入金額等の明細が分かる書類（領収書等）

ウ その他市長が必要と認める書類

(2) 助成対象者以外の者が申請者となるとき

ア 前号に掲げる書類

イ 委任状（第2号様式）

(交付決定)

第7条 市長は、前条に規定する書類を受理したときは、速やかにその内容を審査し、助成金の交付を決定したときは、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付決定通知書（第3号様式）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、助成金の不交付を決定したときは、長久手市がん患者補整具購入

費助成金不交付決定通知書(第4号様式)により申請者に通知するものとする。

(交付)

第8条 市長は前条に規定する交付決定をした後、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の返還等)

第9条 市長は、申請したものが偽りその他不正な行為により助成金の交付を受け、又は受けようとする事が明らかであると認められるときは、助成金の交付決定を取り消し、又は既に交付した助成金の全部若しくは一部を返還させることができる。

(その他)

第10条 この要綱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

この要綱は、令和4年7月8日から施行し、令和4年4月1日以降の補整具の購入について適用する。

附 則

この要綱は、令和5年6月12日から施行する。

第1号様式

長久手市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所  
 氏名 (自署)  
 助成対象者との続柄 ( )  
 電話番号 ( )

長久手市がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたいので、以下のとおり申請します。なお、申請内容について住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意し、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付要綱を遵守します。

助成対象者	ふりがな		生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日 ( 歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 ( ) -
	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 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・診断書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具
	県内他市町村からの助成の有無	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)
	助成対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額、100円未満端数切り捨て) 円	④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額、100円未満端数切り捨て) 円
助成金交付申請額 (③と④の合計額)			円
(市町村記載欄) 助成決定金額			円

※助成対象額に百円未満の端数が生じた場合は、百円未満を切り捨てた金額

振 込 先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

申請書の内容（交付申請額を除く。）を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

※1 振込先は、申請者名義の口座を記入してください。

※2 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※3 助成対象者と申請者が異なる場合（助成対象者が未成年の場合を除く）は、委任状を添付してください。

**【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・乳房変形を伴う治療内容・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（購入者の氏名、購入日、品名、購入金額、金額の内訳、発行者の名称）

\* 購入品の内訳がない場合や、購入金額に助成対象外のものが含まれている場合、その他不足している項目がある場合は、その内容を補足できる書類（購入明細書、納品書等）の提出が必要になります。

第2号様式

委任状（長久手市がん患者補整具購入費助成）

年 月 日

（宛先） 長久手市長

私（甲）は、乙を代理人と定め、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付事業に係る助成金の {申請} に関する権限を委任します。  
{受領} ※該当項目に○をつけてください。

甲（委任者）

住所 〒 \_\_\_\_\_ 長久手市 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

上記委任の件、承諾しました。

乙（代理人）

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※「委任者」欄には助成対象者、「代理人」欄には申請者を記載してください。

※代理人の身元確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、住基カード（顔写真付き）等）をお持ちください。

第3号様式

第 号  
年 月 日

様

長久手市長 印

長久手市がん患者補整具購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで提出のありました長久手市がん患者補整具購入費助成金交付申請について、下記のとおり決定しましたので、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付要綱第7条第1項の規定により通知します。

記

助成金交付決定額 円

第4号様式

第 号  
年 月 日

様

長久手市長

印

長久手市がん患者補整具購入費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました長久手市がん患者補整具購入費助成金交付申請について、下記の理由により不交付の決定をいたしましたので、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

不交付とした理由