

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の外見の変化を補完するウィッグや乳房補整具等（以下「用具」という。）の購入費用に対し、予算の範囲内で多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金（以下「補助金」という。）を交付することに関し、多良木町補助金等交付規則（平成17年多良木町規則第5号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 この補助金は、がん治療による脱毛や手術療法により、外見の変化が生じたがん患者の経済的及び心理的負担を軽減し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(補助対象者)

第3条 本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 第6条に規定する交付申請の日において町内に居住し、本町の住民基本台帳に記録されている者
- (2) がんと診断され、がん治療（手術、薬物治療、放射線療法等）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り次条に定める用具を購入している者
- (4) 他の法令等に基づき同種の助成等（他自治体での助成等を含む。）を受けていない者
- (5) 町税等を滞納していない者

(補助対象経費)

第4条 補助対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、次の表に定める用具の購入に要した額（消費税及び地方消費税に相当する額を含む。）とする。

区分	用具
ウィッグ等	ウィッグ（医療用、医療用以外を問わない）、装着用ネット、毛付き帽子ほか、町長が認めるもの
乳房補整具等	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房（エピテーゼ）ほか、町長が認めるもの

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するものは、補助対象経費から除くものとする。

- (1) 付属品及びケア用品（クリーナー、ブラシ、シャンプー、リンス、スタンド、商品を保管する容器等）の購入費用、購入に要した送料及び交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書等に係る費用、サイズ調整に係る費用、カット代又はセット等に係る費用
- (2) 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの並びに国又は地方公共団体が別に負担する対象となるものに係る費用

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、前条第1項に規定する区分ごとに、補助対象経費に2分の1を乗じた額（その額に100円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とし、上限は20,000円とする。

2 補助金の交付申請及び受領は、前条第1項に定める区分ごとに対象者1人につき1回限りとする。

(交付申請及び実績報告)

第6条 補助金の交付を受けようとする補助対象者（その者が18歳未満である場合にあっては、その法定代理人。以下「申請者」という。）は、補助金の交付申請に係る用具を購入した日の翌日から1年以内に、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付申請書兼実績報告書（様式第1号。以下「申請書兼実績報告書」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。ただし、公簿等によって確認することができる場合は、添付書類を省略することができる。

- (1) がん治療を受けたこと又は現に受けていることを証明できる書類の写し
- (2) 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できる書類の写し
- (3) 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し
- (4) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、申請者がやむを得ない理由で自ら申請等の手続を行うことができないときは、委任状（様式第2号）を添付の上、代理人が交付申請を行うことができるものとする。

(補助金の決定及び確定)

第7条 町長は、前条第1項の規定による申請書兼実績報告書の提出があったときは、その内容を審査の上、補助金の交付又は不交付を決定し、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付決定及び確定通知書（様式第3号。以下「交付決定及び確定通知書」という。）又は多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金不交付通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

(補助金の交付請求)

第8条 前条の規定により補助金の交付決定の通知を受けた者は、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付請求書（様式第5号。以下「交付請求書」という。）を町長に提出するものとする。

(補助金の交付)

第9条 町長は前条の交付請求書を受理したときは、速やかに指定する口座へ振込みの方法により交付するものとする。

(交付決定の取消し等)

第10条 町長は、偽りその他不正の手段により補助を受けた者があるときは、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 町長は前項の規定により補助金の交付決定を取り消した場合、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付決定取消通知書（様式第6号）により通知するものとし、既に補助金が交付されているときは、当該交付を受けた対象者に対し返還を命ずるものとする。

(関係台帳の整備)

第11条 町長は、補助金の交付の決定の状況を明らかにしておくため、補助金に関する必要な事項を電子計算システムに記録し、管理するものとする。

(その他)

第12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

この告示は、令和7年9月30日から施行し、令和7年4月1日以後に購入した用具等から適用する。

様式第1号（第6条関係）

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

多良木町長 様

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			電話番号	
	氏名				
	住所	〒		対象者との続柄	
対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏名			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（ ）	
過去の受給の有無※		有 ・ 無 ※過去に購入補助を受けた事がある場合、「有」に○をつけてください。			
購入した用具	区分（いずれかに○）	購入年月日		購入費（税込価格）	
	ウィッグ等・乳房補正具等	年 月 日		円	
	ウィッグ等・乳房補正具等	年 月 日		円	
	ウィッグ等・乳房補正具等	年 月 日		円	
	ウィッグ等・乳房補正具等	年 月 日		円	
補助金申請額 ※区分ごとの購入 費の合計に2分の1 を乗じた額（100 円未満切捨て）	ウィッグ等 （上限2万円）	円	過去の受給 の有無	有 ・ 無	
	ウィッグ等 （上限2万円）	円			

[同意書]

☐ 本請求に当たり、下記の事項について同意します。

- ・ 町税等の納付状況に関する情報を確認すること。
- ・ 受給資格の要件の確認のために必要な個人情報を取得すること。
- ・ 審査に必要な範囲で、医療機関、薬局等へ治療内容等について確認すること。

(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他市町村から、同種の用具に係る補助等を受けたことはありません。

☐ (補助対象者が18歳未満の場合) 申請者は法定代理人に該当します。

(添付書類) 添付した物の☐にチェック (☒) を記入してください。

☐ 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

①ウィッグ等の場合：患者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの

②乳房補正具等の場合：患者名、乳房切除術、医療機関名が記載されているもの

☐ 用具の購入に係る領収書及びその明細書等の写し（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）

※必要時

☐ 委任状（様式第2号）（申請者と対象者が異なる場合）

ただし、対象者が18歳未満の場合を除く。

様式第2号（第6条関係）

委 任 状

年 月 日

多良木町長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、多良木町がん患者アピアランス事業補助金の申請及び請求に関する権限を多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第6条第2項に基づき委任します。

委任者

住 所

氏 名

※署名又は押印

電話連絡先

受任者

住 所

氏 名

電話連絡先

※「委任者」欄には補助対象者（実際に用具を使用する方）を記載し、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。

様式第3号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

多良木町長

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付決定及び確定通知書

年 月 日付けで申請のありました多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金について、下記のとおり決定しましたので、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第7条の規定により通知します。

記

1 対 象 者 名

2 補 助 金 額 金 円

様式第4号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

多良木町長

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金不交付通知書

年 月 日付けで申請のありました多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金について、下記の理由により不交付としますので、多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第7条の規定により通知します。

記

1 対 象 者 名

2 不 交 付 の 理 由

様式第5号（第8条関係）

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付請求書

年 月 日

多良木町長 様

申請者
住 所
氏 名 _____ 印

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第8条の規定により、下記の金額を交付くださるよう請求します。

補助金請求額	円		
補助金の内訳	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 <div>円×1/2≒ 円（上限20,000円）</div>		
	<input type="checkbox"/> 乳房補正具等 <div>円×1/2≒ 円（上限20,000円）</div>		
振込先	銀行 農協		本店・支所
	金庫 その他（ ）		出張所
	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、補助金の受領に関することを次の者に委任します。 委任者（申請者）氏名 受任者 住所 氏名			
添付書類	振込先口座が確認できる通帳等（キャッシュカード可）の写し		

様式第 6 号（第10条関係）

第 号
年 月 日

様

多良木町長

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付決定取消通知書

年 月 日付け 第 号により通知した多良木町がん患者アピアランス
ケア事業補助金交付決定の全部（一部）を下記のとおり取り消したので、多良木町がん患者アピ
アランスケア事業補助金交付要綱第10条の規定により通知します。

記

1 対 象 者 名

2 補助金の交付決定額 金 円

3 取 消 額 金 円

4 取消し後の交付決定額 金 円

5 取消しの理由