

藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がんになっても自分らしく生きることのできる社会の実現に向け、がん患者の治療及び社会参加の両立を図るため、抗がん剤等によるがん治療に伴う外見変貌を補完するウィッグ又は乳房補正具（以下「補正具」という。）を購入した者に対して、予算の範囲内において藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、藤井寺市補助金交付規則（昭和48年藤井寺市規則第8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 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) ウィッグ がん治療に伴う脱毛に対応するため一時的に着用するもの（頭皮を保護するためのネットを含む。）をいう。
- (2) 乳房補正具 がん治療に伴う乳房の形の変化に対応するための補正下着（下着とともに使用するパッドを含む。）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。）をいう。

(補助対象者)

第3条 この補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てを満たす者とする。

- (1) 申請時に、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により藤井寺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、がんの治療を受けた又は現に受けている者
- (3) 抗がん剤治療等の副作用による脱毛症又は乳房切除に対処するために、補正具を令和4年4月1日以降に購入した者
- (4) 過去に同種の補正具に関して、この要綱に基づく補助金の交付又は他の地方公共団体が実施する類似の補助金等の交付を受けていない者

2 前項の規定にかかわらず、市長が必要と認めたときは、補助対象者とすることができる。

(補助対象費用)

第4条 この補助金の対象となる経費（以下、「補助対象経費」という。）は、補正具1台分の購入に要した経費とする。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本体に含まれない付属品、ケア用品等の購入費用は、対象としない。

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、補正具1種類につき、補助対象経費に2分の1を乗じて得た額（1,000円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）とし、10,000円を上限とする。

(交付の申請及び請求)

第6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、藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）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) がん治療に関する説明書、医師の診断書、治療方針計画書等の書類の写し。（がん治療を

受けた又は現に受けていること、及びウィッグは抗がん剤使用等の治療がわかる書類、乳房補正具は外科的治療による乳房摘出術と部位を証明する書類)

(2) 補正具の購入に係る領収書。(申請者名又は補助対象者名、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元の記載のあるもの)

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

2 申請者は、補正具を購入した日から1年以内に前項の申請をしなければならない。

3 第1項による申請は、補正具1種類につき1回を限度とする。

4 補助対象者が未成年者であるときは、その保護者(未成年者の親権を行う者、未成年後見人その他の者で、未成年者を現に監護するものをいう。)が補助対象者本人に代わって申請及び請求を行うものとする。

(交付の決定等)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、補助金を交付する決定をしたときは藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金交付決定通知書(様式第2号)により、補助金を交付しない決定をしたときはその理由を付して、藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助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。

2 市長は、前項の規定により補助金の交付を決定したときは、速やかに申請者に補助金を支払うものとする。

(交付決定の取消し等)

第8条 市長は、前条第1項の規定により補助金の交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 虚偽の申請又は不正な手段により補助金の交付を受け、又は受けようとしたとき。

(2) この要綱の規定に違反したとき。

2 市長は、前項の規定による取消しをした場合において、補助金が既に交付されているときは、補助金の交付を受けた者に対し、当該補助金を返還させることができる。

3 前項の規定により補助金の返還を命じられて者は、直ちに補助金を市長に返還しなければならない。

(委任)

第9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

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱は、令和4年4月1日以降の補正具購入に係る補助について適用する。

様式第1号

藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤井寺市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 補助対象者との続柄 (_____)
 電話番号 _____

〔申請者は、補助対象者が成年の場合は補助対象者、
 未成年の場合は法定代理人となります。〕

下記のとおり、がん患者のためのウィッグ等購入費の補助を申請します。

なお、市が補助要件（住所等）を住民基本台帳等により確認すること、医療機関に治療内容を照会すること及び補正具購入先に購入内容を照会することに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所		電話番号	()	
対象補正具	区分	ウィッグ		乳房補正具	
	補正具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ (<input type="checkbox"/> 医療用) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 (<input type="checkbox"/> 医療用) <input type="checkbox"/> 帽子 (<input type="checkbox"/> 医療用)		<input type="checkbox"/> 補正下着 <input type="checkbox"/> 補正パッド <input type="checkbox"/> 人口乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	(A)	円	(D)	円
	補助限度額	(B)	10,000 円	(E)	10,000 円
	補助対象額	【(A)の1/2又は(B)のうちいずれか低い額】 (C) 円		【(D)の1/2又は(E)のうちいずれか低い額】 (F) 円	
	申請・請求額	円 (※(C)と(F)の合計)			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書など (※1) <input type="checkbox"/> 対象補正具の購入にかかる領収書 (※2) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の通帳又はカードの写し				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座		口座名義人 (申請者と同じ)	カナ 氏名

※1 がん治療を受けた又は現に受けていることが証明できる書類で、ウィッグの場合は抗がん剤使用等の治療がわかるもの、乳房補正具の場合は外科的治療による乳房摘出術と部位を証明するもの

※2 「申請者名又は補助対象者名」「購入日」「購入品目」「購入金額」「領収書発行元」がわかるもの

様式第2号

第 号
年 月 日

様

藤井寺市長 ⑩

藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金を交付します。

交付決定額 金 円

振込予定日 年 月 日

以上

様式第3号

第 号
年 月 日

様

藤井寺市長 ⑩

藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

藤井寺市がん患者用ウィッグ等購入費補助金を交付しません。

不交付の理由：

以上