

美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費補助金交付要綱

令和4年3月30日告示第26号

(目的)

第1条 この告示は、がん治療を受けているがん患者に対し、全頭用医療用ウィッグ（以下「医療用ウィッグ」という。）の購入に係る費用の一部を補助することにより、経済的負担を軽減し、もって社会参加の促進及び療養生活の質の向上に寄与することを目的とする。

2 美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費補助金（以下「補助金」という。）の交付については、美咲町補助金等交付規則（平成17年美咲町規則第44号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この告示に定めるところによる。

(実施主体)

第2条 この告示による補助の実施主体は、美咲町とする。

(補助対象者)

第3条 補助金の対象者（以下「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、美咲町に住所を有していること。
- (2) がんと診断され、がん治療に伴い脱毛した方
- (3) 他の自治体における同種の補助金の交付を受けていないこと。

(補助対象経費)

第4条 補助金の交付対象経費（以下「補助対象経費」という。）は、医療用ウィッグ本体の購入経費とし、対象者1人につき1個までとする。

2 補助対象経費は、前項に規定する医療用ウィッグ本体の購入経費（消費税及び地方消費税を含む。）とし、本体に含まれない付属品、医療用ウィッグのケア用品（クリナー、リンス及びブラシ等）及び送料は補助対象としない。

3 補助金の対象となるのは、平成31年4月1日以降に購入した医療用ウィッグとする。

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、前条に規定する補助対象経費の2分の1の額（千円未満の端数切捨て）とし、3万円を限度とする。

(交付申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする対象者は、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町長に申請しなければならない。

- (1) 脱毛の副作用を伴う抗がん剤治療であることが分かる記載がある化学療法、手術に関する説明書、診断書、治療方針計画等又は「がん治療受診証明書」（様式第3号）
- (2) 医療用ウィッグの購入に係る領収書の写し（金額、金額明細、購入日、製

造会社名、商品名、商品番号及び全頭用の記載があるもの。)

(3) 代理により申請をする場合は、委任状(様式第2号)

2 前項に掲げる書類の取得に要する費用は、全額対象者の負担とする。

3 第1項の規定による申請は、医療用ウィッグを購入した日の翌日から1年を経過する日までに行わなければならない。

(交付決定)

第7条 町長は、前条の規定による補助金の交付の申請を受けたときは、その内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、補助金交付(不交付)決定及び確定通知書(様式第4号)により対象者に通知するものとする。

2 町長は、前条の規定により補助金を交付することと決定したときは、速やかに対象者に補助金を支払うものとする。この際の請求行為は、申請時に行われたものとみなすものとする。

(補助金の返還)

第8条 町長は、補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の全部又は一部を返還させることができる。

(1) この告示に違反したとき。

(2) 補助金申請について不当な行為があると認めたとき。

(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、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成31年4月1日から適用する。

附 則(令和2年7月29日告示第74号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則(令和4年3月30日告示第26号)

この告示は、令和4年4月1日から施行する。

美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費補助金申請書兼請求書

年 月 日

美咲町長 様

申請者 住所
氏名
続柄
連絡先

関係書類を添えて、次のとおり医療用ウィッグ購入費の補助金を申請します。また、交付決定された補助金を請求します。

なお、次のことについて同意します。

- 町が必要に応じて、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会する場合があります。
- 町が住民であるかどうかを確認するため、住民記録の確認をすること。

交付申請額 円

対象者氏名		生年月日	年 月 日	
購入金額	円	購入月日	年 月 日	
補助金交付申請額の算定				
購入経費	補助金対象経費	補助金	補助金上限額又は、 ウのいずれか低い額	補助金決定額
ア 円	イ 円	ウ 円	エ 円	円
振込先	金融機関名 支店名 預金種別 普通・当座 口座番号 ふりがな 口座名義			

※添付書類

- (1) 科学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
(上記の書類が無い場合は、町指定様式「がん治療受診証明書（様式第3号）」
ただし、脱毛の副作用を伴う抗がん剤治療であることか分かる記載のあるもの。上記の証明書に係る費用は、全額対象者の負担とする。
- (2) 領収証書（金額、金額の明細、購入日、製造会社名、商品名、商品番号及び前頭用の記載のあるもの）

委任状

申請者 住所
(代理人)

氏名

生年月日 年 月 日

対象者との続柄（ ）

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項について委任します。

(委任事項)

美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費補助金の申請について

年 月 日

対象者 住所
(委任者)

氏名

生年月日 年 月 日

美咲町指令 第 号
年 月 日

様

美咲町長

美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費
補助金交付（不交付）決定及び確定通知書

年 月 日付で申請のあった標記補助金について、美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり交付（不交付）とします。

記

- 1 交付決定
補助金交付決定及び確定額 金 円
- 2 不交付決定
理由