

大口町告示第59号

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和8年6月23日

大口町長 鈴木雅博

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱の一部を改正する 要綱

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱（令和４年大口町告示第９０号）の一部を次のように改正する。

第２条第３号中「脱毛」の次に「に対する医療用ウィッグ」を加え、「乳房の変形に対する補整具」を「外見の変化に対する補整具（以下「補整具」という。）」に改める。

第３条に次の１号を加える。

- (3) エピテーゼ（外科的治療等による顔面（眼、耳等）、手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具。ただし、人工乳房を除く。）

第５条第１項第１号中「乳房の変形」を「外見の変化」に改め、同条第３項ただし書を削る。

様式第１を次のように改める。

様式第 1 (第 5 条関係)

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
補助対象者との続柄
電話番号

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 申請 (請求) 内容

対 象 者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ			
	住 所	〒 ☐ 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 ()		
がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等に伴う乳房変形又は顔面 (眼、耳等) や手指等の欠損を証明する書類		・ 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	医療用ウィッグ	乳房補整具	エビテーゼ	
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書添付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	③ 円 (税込)	
	補助対象額	④ (①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て) 円	⑤ (②の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て) 円	⑥ (③の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て) 円	
補助金交付申請額 (④+⑤+⑥)		円			

2 振込先

振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	フリガナ		預金の種別	普通 ・ 当座
	口座名義人		口座番号	

<確認事項・同意事項>

☐ 私は、他市町村から同種同類の補助金等の交付を受けていません。

☐ 私は、町が保有する申請内容に関する個人情報を閲覧することに同意します。

附 則

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。
- 2 改正後の第3条第3号のエピテーゼに係る第5条第3項に規定する購入日については、令和8年4月1日以降購入したエピテーゼに適用し、同日前に購入したエピテーゼについては、適用しない。

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱の一部改正新旧対照表

新	旧
(補助対象者) 第2条 略 (1)・(2) 略 (3) <u>がん治療に起因する脱毛に対する医療用ウィッグ又は外科的治療等による外見の変化に対する補整具（以下「補整具」という。）</u>を購入している者 (4) 略 (補助金対象経費) 第3条 略 (1)・(2) 略 (3) <u>エピテーゼ（外科的治療等による顔面（眼、耳等）、手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具。ただし、人工乳房を除く。）</u> (補助金の交付申請) 第5条 略 (1) <u>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外見の変化を証明する書類</u> (2)・(3) 略 2 略 3 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。 様式第1（第5条関係） <u>【別記】</u>	(補助対象者) 第2条 略 (1)・(2) 略 (3) <u>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</u>を購入している者 (4) 略 (補助金対象経費) 第3条 略 (1)・(2) 略 (補助金の交付申請) 第5条 略 (1) <u>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</u> (2)・(3) 略 2 略 3 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。<u>ただし、令和4年4月1日以降に購入したものに限る。</u> 様式第1（第5条関係） <u>【別記】</u>

(新)

様式第 1 (第 5 条関係)

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
補助対象者との続柄
電話番号

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 申請 (請求) 内容

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	住 所	〒 ☐ 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 ()		
がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等に伴う乳房変形又は顔面 (眼、耳等) や手指等の欠損を証明する書類		・ 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	医療用ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 (領収書添付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	③ 円 (税込)
	補助対象額	④ (①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て) 円	⑤ (②の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て) 円	⑥ (③の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て) 円
補助金交付申請額 (④+⑤+⑥)		円		

(新)

2 振込先

振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	フリガナ		預金の種別	普通 ・ 当座
	口座名義人		口座番号	

< 確認事項・同意事項 >

☐ 私は、他市町村から同種同類の補助金等の交付を受けていません。

☐ 私は、町が保有する申請内容に関する個人情報を閲覧することに同意します。

(旧)

様式第 1 (第 5 条関係)

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
補助対象者との続柄
電話番号

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 申請 (請求) 内容

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	住 所	〒 ☐ 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 ()	
がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等に伴う乳房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	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書添付)	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。1,000 円未満の端数切捨て。) 円	④ (①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額。1,000 円未満の端数切捨て。) 円	
補助金交付申請額 (③+④)			円	

(旧)

2 振込先

振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所
	フリガナ		預金の種別	普通 ・ 当座	
	口座名義人		口座番号		

<確認事項・同意事項>

☐私は、他市町村から同種同類の補助金等の交付を受けていません。

☐私は、町が保有する申請内容に関する個人情報を閲覧することに同意します。