

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん患者のがん治療による外見変貌を補完する医療用補整具（以下「補整具」という。）購入費用を補助することで経済的負担を軽減し、療養生活の質の維持向上を図ることを目的とする。

(補助対象者)

第2条 この事業の対象者（以下「補助対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) この事業の申請日時点で、町内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記録されている者
- (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購入している者
- (4) 過去に県内市町村から、愛知県のがん患者アピアランスケア支援事業実施要領に基づく補助を受けていない者

(補助金対象経費)

第3条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、前条に規定する対象者が、次に掲げる補整具を購入した費用とする。

- (1) 医療用ウィッグ（医療用ウィッグと同時に購入した頭皮保護用ネットを含む。）
- (2) 乳房補整具（補整下着、補整パッド又は人工乳房。ただし、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）

(補助対象額等)

第4条 補助金の額は、前条各号に規定する補助対象経費に2分の1を乗じて得た額とし、2万円を上限とする。

- 2 前項に基づき算出した額に1,000円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てるものとする。
- 3 補助金の交付は、第2条に定める補助対象者1人につき、補整具を前条各号別

に区分して、各号ごとにそれぞれ1回とする。

(補助金の交付申請)

第5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、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(様式第1)(以下「請求書」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。

(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

(2) 補整具の購入に係る領収書

(3) その他町長が必要と認める書類

2 補助対象者が未成年の場合、申請者はその保護者とする。

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。ただし、令和4年4月1日以降に購入したものに限る。

(支給の決定及び支払)

第6条 町長は、前条に規定する申請があったときはその内容を審査し、補助金の交付又は却下の決定をし、その内容を大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付決定通知書(様式第2)により、申請者へ通知するものとする。

2 町長は、前項の交付決定をしたときは、速やかに支払うものとする。

(補助金の返還)

第7条 町長は、補助を受けた申請者が虚偽の申請その他不正な手段により、交付決定を受けたときは、交付決定を取り消し、既に支給した補助金がある場合はその全部又は一部について返還を命ずるものとする。

(その他必要事項)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

附 則(令和4年9月30日 大口町告示第90号)

この要綱は、告示の日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 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		

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。

様式第2（第6条関係）

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長



年 月 日付けで申請のありましたがん患者医療用補整具購入費補助金については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

決定の内容

支給決定金額	交付決定・却下の別	却下理由
円		