

東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん治療による外見変貌を補完する医療用補整具の購入に係る経済的負担の軽減を図るため、予算の範囲内において給付する東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金（以下「補助金」という。）の支給に関し、東浦町補助金等交付規則（昭和52年東浦町規則第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。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者（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) 補助金申請日時点で本町に住所を有すること。
- (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こと。
- (3) がん治療に起因する脱毛に対するウィッグ又は外科的治療等による乳房の変形に対する乳房補整具（以下「補整具」という。）を購入していること。
- (4) 町税の滞納がないこと。
- (5) 東浦町暴力団排除条例（平成23年東浦町条例第16号）第2条第1号に規定する暴力団若しくは同条第2号に規定する暴力団員（以下「暴力団等」という。）でないこと又は暴力団等と密接な関係を有していないこと。
- (6) 過去に愛知県内の市町村から、同種の補整具について、愛知県がん患者アピアランス支援事業による補助を受けていないこと。

(補助対象経費)

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、次の各号のいずれかの補整具を令和4年4月1日以降に購入した費用とする。

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

(補助対象額等)

第4条 補助金の額は、前条に規定する補助対象経費に2分の1を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数が生じるときは、その端数を切り捨てた額）とし、2万円を上限とする。

2 補助金の交付は、第2条に規定する対象者1人につき、前条各号に掲げる補整具ごとにそれぞれ1回とする。

(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、東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書（様式第1。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、町長に提出するものとする。

- (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) 補整具を購入したことが確認できる書類
 - (3) 住民票の写し
 - (4) 町税の未納がないことが確認できる書類
 - (5) 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、本町が保有する公簿により確認することができるものについては、申請者の同意に基づいてその公簿により確認し、書類の添付を省略することができる。
- 3 申請書の提出期限は、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内とする。
(交付決定)

第6条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、補助金の交付の可否及び補助金の額を決定し、東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付（不交付）決定通知書（様式第2）により、申請者に通知するものとする。
(補助金の請求及び交付)

第7条 町長は、第5条の規定による申請があったときは、前条の規定により通知した補助金の決定額について請求があったものとみなし、前条の規定により補助金の支給を決定された者（以下「補助対象者」という。）に対し、補助金を交付するものとする。
(支給決定の取消し及び補助金の返還)

第8条 町長は、補助対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、補助金の支給の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に支給した補助金の全部若しくは一部を返還させるものとする。
(1) 虚偽の申請その他の不正な行為により、支給決定を受けたとき。
(2) その他町長が不適当と認める事由が生じたとき。
(報告)

第9条 町長は、補助金の交付に関し必要があると認めるときは、補助金の交付を受け、又は受けようとする者に対し、必要な事項の報告を求めることができる。
(譲渡の禁止等)

第10条 この要綱による補助金の交付を受ける権利は、他人に譲渡し、又は担保に供することができない。
(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年7月1日から施行する。
- 2 この要綱は、令和10年3月31日限り、その効力を失う。ただし、第8条及び第

9条の規定は、なお効力を有する。

附 則

この要綱は、令和7年3月17日から施行する。

様式第 1 （第 5 条関係）

東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年 月 日

東浦町長

住所
氏名
電話番号

下記のとおり、東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金を申請します
記

1 対象者等

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	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ）			
補助対象経費	補正具の種類	ウィッグ	乳房補正具	
	補整具について過去の補助の有無	無・有	無・有	
	購入年月日 (領収書の日付)	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) 円	④ (②の1/2 又は20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付申請額補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			円	
			(東浦町記載欄) 補助決定金額 円	

2 補助金の振込先

金融機関名	銀行 信用金庫・組合 農協
口座番号	
口座種別	
(フリガナ) 口座名義人	

3 同意事項

同意事項	次の項目を確認し、同意する場合は、申請者がその氏名を自署してください。 補助金の支給要件の該当性を審査するため、町が必要な住民基本台帳、税情報等の公簿の確認を行うことに同意します。 申請者氏名（自署）_____
------	--

様式第2（第6条関係）

年 月 日

様

東浦町長

東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付（不交付）決定
通知書

年 月 日付けで申請のありました東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金については、下記のとおり交付決定（不交付決定）しましたので、東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱の規定により通知します。

記

- 1 対象者名
- 2 補助金額
金 円
- 3 不交付とした理由