

## 田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱

(目的)

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（医療用ウィッグ又は乳房補整具。以下「補整具」という。）の購入に要する費用の一部を補助することにより、がん患者の経済的負担の軽減を図るため、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「補助対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 補助金の申請時点において、本市に住所を有する者
- (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た者
- (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、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 全頭用又は部分用ウィッグをいう。ウィッグと同時に申請する場合に限り、装着時に皮膚を保護する頭皮保護用ネットを含む。
- (2) 乳房補整具 補整下着（補整パッドと下着が一体になったもの）、補整パッド又は人工乳房（肌に直接接着させて使うもの）をいう。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、前条の補助対象経費に2分の1を乗じて得た額とし、2万円を上限とする。

2 前項の規定に基づき算出した補助金の額に千円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

3 補助金の交付は、前条各号に掲げた補整具ごと、1回限りとする。

(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補助対象者（以下「申請者」とい

う。)は、補整具を購入した日の翌日から1年以内に、田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて市長に提出又は提示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) その他市長が必要と認める書類

2 補助対象者が未成年であるときは、その保護者が申請及び請求をするものとする。

3 補助対象者が、やむを得ない理由により自ら申請及び請求をすることができないときは、代理人に委任することができる。この場合において、代理人は、第1項に掲げる書類に加え、委任状(田原市がん患者アピアランスケア支援事業)(様式第2号)を提出しなければならない。

(交付決定及び交付)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容について審査し、田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書(様式第3号)又は田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金不交付決定通知書(様式第4号)により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により交付を決定した者に対し、速やかに補助金を支払うものとする。

(譲渡の禁止等)

第7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。

(交付決定の取消し及び補助金の返還)

第8条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、交付決定の全部若しくは一部を取り消し、又は交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。

(1) 偽りその他不正の行為により補助金の交付を受けたとき。

(2) この要綱の規定に違反したとき。

(その他)

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

(施行期日等)

- 1 この要綱は、令和4年7月1日から施行し、令和4年4月1日以降に購入した補整具について適用する。

(この要綱の失効)

- 2 この要綱は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。ただし、第8条及び第9条の規定については、同日後もなおその効力を有する。

様式第1号（第5条関係）

田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書

年 月 日

田原市長 殿

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

田原市がん患者のアピアランスケア支援事業補助金について次のとおり申請します。

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		・治療方針計画書      ・医療行為同意書      ・お薬手帳 ・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	ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの補助の有無	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 (③と④の合計額を記入してください。)			円	
			補助決定金額 (田原市記載欄)	円

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

(添付書類)

- 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の写し
  - ・ウィッグ：対象者名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名の記載があるもの。
  - ・乳房補整具：対象者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。
- 補整具の購入に係る領収書の原本（申請者又は対象者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの）。領収書に必要事項の記載がない場合は、納品書や明細書等の購入内容がわかるものの写し
- 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等（申請者名義のもの）、カナ名義及び口座番号等が確認できるものの写し

様式第2号（第5条関係）

委任状（田原市がん患者アピアランスケア支援事業）

年 月 日

（宛先） 田原市長

私（甲）は、乙を代理人と定め、田原市がん患者アピアランスケア支援事業に係る補助金の申請及び受領に関する権限を委任します。

甲（委任者）

住所 〒

---

氏名（自署）

---

上記委任の件、承諾しました。

乙（受任者）

住所 〒

---

氏名（自署）

---

※「委任者」欄には補助対象者、「受任者」欄には申請者を記載してください。

様式第3号（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

田原市長

田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありましたがん患者アピアランスケア支援事業補助金について、下記のとおり交付を決定し、補助金額を確定しましたので通知します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 補助金額 金 円
- 3 支給予定日 年 月 日
- 4 振込先 申請書記載のとおり

様式第4号（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

田原市長

田原市がん患者アピアランスケア支援事業補助金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありましたがん患者アピアランスケア支援事業補助金について、下記の理由により不交付を決定しましたので通知します。

記

対象者氏名

不交付の理由