

令和5年度西川町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の治療と就労の両立、療養生活の質の向上に向け、がん治療に伴う外見の悩みに対して支援することを目的に、町が医療用ウィッグ又は乳房補整具の購入に要する費用の一部を助成するため、西川町補助金等の適正化に関する規則(昭和40年10月町規則第2号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成対象者は、次の全ての要件を満たす者であり、かつ、別表区分の欄に掲げる助成対象品目の区分に応じ、同表助成対象者の欄に定める者であるものとする。

- (1) 西川町に住所を有すること。
- (2) がん治療(予防的処置を含む。以下同じ。)を受けている又は受けていたこと。
- (3) 他の法令等に基づく公的助成等を受けていないこと。

(助成対象となる医療用ウィッグ及び乳房補整具)

第3条 助成対象となる医療用ウィッグ及び乳房補整具は、次の全ての要件を満たすものであり、かつ、別表区分の欄に掲げる助成対象品目の区分に応じ、同表助成対象物品の欄に定めるものであるものとする。

- (1) 令和4年4月1日以降に購入したものであること。
- (2) 就労、社会参加、通院や来客者対応等のために購入したものであること。

(助成金の額及び期間)

第4条 助成金額は、別表区分の欄に掲げる助成対象品目の区分に応じ、同表助成金額の欄に定める額とする。

- 2 助成回数は、別表区分の欄に掲げる助成対象品目の区分に応じ、同表助成限度の欄に定めるところによる。
- 3 助成期間は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までとする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、町長に対し、西川町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書(別記様式第1号)に次の書類を添付して申請しなければならない。

- (1) がん治療を受けている又は受けていたことを証明する書類
- (2) 申請に係る医療用ウィッグ又は乳房補整具を購入した際の領収証書の写し
- (3) 本人を確認する書類(代理申請の場合は代理人本人を確認する書類)
- (4) その他町長が必要と認める書類

(助成金の交付決定及び額の確定)

第6条 町長は、前条の申請書の提出があった場合は、速やかに申請内容を審査し、西川町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付決定及び額の確定通知書(別記様式第2号)により申請者に通知するものとする。

2 町長は、前項の審査の結果、助成しないことを決定したときは、西川町がん患者医療用
ウィッグ・乳房補整具購入助成金不承認通知書（別記様式第3号）により申請者に通知
するものとする。

（助成金の取消し）

第7条 町長は、助成金の交付決定を受けた者が、偽りその他の不正の手段により助成金
を受けたときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消す事ができる。

（助成金の返還）

第8条 町長は、前条の規定により、助成金の交付を取消す場合は、期限を定めてその返
還を命ずるものとする。

（委任）

第9条 この要綱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

この要綱は、令和5年4月1日から適用する。

別表

区分	助成対象者	助成対象物品	助成金額	助成限度	治療に関する証明書類
医療用ウィッグ	<p>次に掲げる全ての要件を満たす者</p> <p>ア がんの治療に伴う脱毛により、就労や社会参加等に支障がある又は支障が出るおそれがあるため、医療用ウィッグが必要になっていること。</p> <p>イ 医療用ウィッグについて、令和4年度以前において、西川町がん患者医療用ウィッグ購入助成事業実施要綱又は西川町がん患者用ウィッグ・乳房補整具購入助成事業実施要綱による助成を受けていないこと。</p>	<p>がんの治療に伴う脱毛に対応する医療用ウィッグ(本体価格に含まれない附属品及びケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)を除く。)</p>	<p>助成対象者1人につき2万円又は医療用ウィッグ購入経費の2分の1の額のいずれか低い額</p>	<p>助成対象者1人につき、医療用ウィッグ1個、1回限り</p>	<p>次のいずれかの書類(医療用ウィッグが必要となっている脱毛の症状が、申請者の受けている又は受けたがんの治療に伴う副作用であることが確認できるものに限る。)の原本又は写し</p> <p>ア お薬手帳</p> <p>イ 診療明細書</p> <p>ウ 治療方針計画書</p> <p>エ クリニカルパス</p> <p>オ わたしのがんカルテ</p> <p>カ がん診療パス</p> <p>キ その他がん治療を行っている又は行ったことを証明する書類</p>
乳房補整具	<p>ア がんの治療のため乳房の一部又は全部を切除したことにより、就労や社会参加等に支障がある又は支障が出るおそれがあるため、乳房補整具が必要になっている者</p> <p>イ 乳房補整具について、令和4年度以前において、西川町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成事業実施要綱による助成を受けていないこと。</p>	<p>がんの治療としての乳房の一部又は全部の切除に対応する次の乳房補整具(本体価格に含まれない附属品及びケア用品を除き、エはア又はイと併せて申請する場合に限る。)</p> <p>ア 補整パッド</p> <p>イ 人工乳房</p> <p>ウ 胸部補整機能のある下着</p> <p>エ ア又はイを固定するために購入した下着</p>	<p>助成対象者1人につき1万円又は乳房補整具購入経費の2分の1の額のいずれか低い額</p>	<p>助成対象者1人につき、個数制限なし、1回限り</p>	<p>次のいずれかの書類(申請者ががんの治療のため乳房の一部又は全部を切除したことが確認できるものに限る。)の原本又は写し</p> <p>ア 手術同意書</p> <p>イ 診療明細書</p> <p>ウ 治療方針計画書</p> <p>エ クリニカルパス</p> <p>オ わたしのがんカルテ</p> <p>カ がん診療パス</p> <p>キ その他乳房を切除したことを証明する書類</p>

がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

西川町長 殿

(申請者) 住所

氏名

対象者との関係

電話番号(日中連絡がつくもの)

就労や社会参加等のために購入した(医療用ウィッグ・乳房補整具)の購入経費について、下記のとおり医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付を受けたいので申請します。

私は、提出先自治体が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧をし、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者(児)	フリガナ				性別	生年月日			
	氏名				男・女	昭和 平成	年 月 日		
	住所	〒			電話番号(日中連絡がつくもの)				
がん治療状況	医療機関名	山形県立中央病院 山形県立新庄病院 鶴岡市立荘内病院	山形大学医学部附属病院 公立置賜総合病院 その他()	山形市立病院済生館 日本海総合病院					
	主治医			治療方法	手術 放射線 薬剤 その他()				
がん治療を受けていることを証する書類	お薬手帳 手術同意書 診療明細書 治療方針計画書 クリニカルパス わたしのカルテ がん診療パス その他()								
過去の受給の有無	医療用ウィッグ(H26~)	有・無			その他の公的助成金受給の有無		有・無		
	乳房補整具(R2~)	有・無							
ウィッグ	購入したもの		申請金額の算定						
	(購入年月日)	購入経費(税込) 1個分の価格。附属品含まない。		2万円と を比較して低い方の額					
	年 月 日	の1/2の額		円					
乳房補整具	補整パッド(下着あり) 人工乳房(下着あり) 補整下着	購入経費(税込) 附属品含まない。		1万円と を比較して低い方の額					
	(購入年月日)	の1/2の額		円					
	年 月 日	助成金申請金額(+)						円	
振込先	銀行 信金 信組 農協		口座番号(左づめ)						
	本店	支店・出張所		金融機関コード					
	預金種別	普通・当座		口座名義人		(カナ) (漢字)			

「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウィッグ(乳房補整具)購入助成を受けたことがある場合は「有」に○を付けてください。

「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。