

伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、がん治療に伴う脱毛による精神的負担を軽減するために使用する医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用ネット（以下「ウィッグ等」という。）の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の経済的負担及び精神的負担を軽減し、治療と就労等との両立を支援することを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において、「がん患者」とは、医療機関において、がんと診断され、薬物療法、放射線療法、手術療法等のがんの治療（以下「がん治療」という。）を受けたことがある者又は現在治療を受けている者をいう。

(対象者)

第3条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者とする。

- (1) 助成金の交付申請日時点で本市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、ウィッグ等を必要とする者
- (3) 助成金の交付申請日前に、本市又は他市町村において同様の助成事業、他の助成制度等によりウィッグ等の購入費の助成又は給付を受けていない者

(対象経費)

第4条 助成の対象経費は、ウィッグ等の購入に係る費用とし、消費税額及び地方消費税額を含み、対象者が購入に当たり実際に支払った額とする。ただし、付属品及びケア用品（クリーナー、ブラシ、シャンプー、リンス、スタンド、商品を保管する容器等）、購入のために要した送料及び交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書に係る費用、サイズ調整、カット代又はセットに係る費用は対象外とする。

2 前項に規定する助成の対象となるウィッグ等は、対象者1人につき1台とする。

(助成金の額及び回数)

第5条 助成金の額は、前条の助成対象経費に2分の1を乗じた額とし、2万円を上限とする。ただし、算定した額に千円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

2 助成金の交付及び回数は、対象者1人につき1回限りとし、令和6年4月1日以降に購入したものに限る。

(申請者)

第6条 助成金の交付申請及び受領（以下「申請等」という。）を行う者（以下「申請

者」という。)は、対象者とし、対象者がやむを得ない理由で自ら申請等を行うことができない場合のみ、他の者へ申請等を委任できるものとする。ただし、対象者が未成年の場合、申請者は保護者とする。

(申請)

第7条 申請者は、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書(様式第1号)に、次に掲げる書類を添付して、助成の対象となるウィッグ等の購入後、市長に提出しなければならない。

- (1) がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書などの写し
- (2) 助成の対象となるウィッグ等の購入に係る領収書(申請者の氏名、購入した年月日、品名、ウィッグ等の金額(購入金額の明細が分かるもの)、台数(個数)、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもので、ウィッグ等が全頭用であることが備考欄等に記載されているもの)
- (3) 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等の写し
- (4) 伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業における個人情報の照会に関する同意書(様式第2号)
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 対象者以外の者が申請者となる場合は、前項に掲げる書類に加えて、委任状(様式第3号)を提出しなければならない。ただし、対象者が未成年の場合を除く。

3 申請期限は、対象となるウィッグ等の購入日の属する年度内とする。ただし、申請者又は対象者に申請期限までに申請することができないやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(交付決定等)

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、当該申請に係る書類等を審査し、交付することが適当と認められたときは伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付決定及び交付確定通知書(以下「決定通知書」という。)(様式第4号)により、交付することが不適当と認めたときは、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業不交付決定通知書(様式第5号)により、申請者に対し通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金を交付する決定を通知したときは、助成金を速やかに申請者の指定する口座に振り込むものとする。

(資格確認及び意見聴取)

第9条 市長は、第7条第1項の申請書類に記載された対象が、第3条各号の規定に該当するか住民基本台帳情報を確認するとともに、必要に応じて関係機関に問い合わせ

ることができるものとする。

(交付決定の取消し及び助成金返還)

第10条 市長は、申請者が虚偽その他不正な手段により助成金の交付の決定を受けたことが明らかになったときは、交付の決定の全部又は一部を取り消し、既に交付した助成金の全部又は一部の返還を求めることができる。

(その他)

第11条 この告示に定めるもののほか、助成事業の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

年 月 日

伊佐市長 様

伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第7条の規定により次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				電話番号	
	氏名	⑩				
	住所				対象者との続柄	
対象者	フリガナ				生年月日	
	氏名	□申請者と同じ			年 月 日	
	住所	□申請者と同じ				
がんの治療状況	医療機関名					
	主治医名		治療方法	薬物・放射線・手術 その他()		
過去の受給の有無※		有・無		※過去に他市町村等で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。		
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等は含まない。		助成申請額 (20,000円と購入費の2分の1の いずれか低い方の額)		
	年 月 日	円		円		
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 ()			本店 支店		
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)	
	普通・当座					
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 ⑩ 申請者との続柄:						

添付書類

- (1) 伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業における個人情報の照会に関する同意書（様式第2号）
- (2) がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書、治療方針計画書等）
- (3) ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）
- (4) 本人を確認する書類の写し（住民票、運転免許証、マイナンバーカード、医療保険証等）
- (5) 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- (6) その他、市長が必要と認める書類

年 月 日

伊佐市長 様

（対象者）

氏名 ⑩

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

（対象者が未成年の場合はその保護者）

住所

氏名 ⑩

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

（対象者との続柄： ）

伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業における個人情報の照会に関する同意書

私は、伊佐市が、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業の交付決定及び当該事業に関する助成金の支給を行うに当たり、私が提出した申請書及び申請書類の内容を確認するために、私の住民基本台帳情報を確認するとともに、必要に応じて関係医療機関等に照会を行うことに同意します。

様式第3号（第7条関係）

委任状（伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成金）

年 月 日

伊佐市長

様

委任者（対象者）住所

氏名

㊞

署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

私は、下記の受任者を代理人として定め、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業に係る助成金の申請、請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者（代理人）

住所

氏名

㊞

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

電話番号

第 号
年 月 日

様

伊佐市長



伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付決定及び交付確定通知書

年 月 日付けで申請のあった伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業について、下記のとおり決定し、交付額は交付決定額と同額に確定したので通知します。

記

- | | | | |
|---|-------|---|---|
| 1 | 交付決定額 | 金 | 円 |
| 2 | 交付確定額 | 金 | 円 |

第 号
年 月 日

様

伊佐市長



伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業について、下記のとおり交付しないこととする決定をいたしましたので、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第8条第1項の規定により通知します。

記

（不交付とした理由）