

伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、アピアランスケア用品を購入するがん患者に対し、予算の範囲内で伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金（以下「助成金」という。）を交付することにより、経済的負担を軽減し、治療と就労等との両立など、がん患者の社会参加を支援するため、伊佐市補助金等交付規則（平成20年伊佐市規則第36号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、次に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) がん治療 がんの治療として行う手術療法、放射線療法、化学療法等をいう。
- (2) アピアランスケア用品 がん患者ががん治療を受けていること又は受けたことに伴う外見の変化による精神的負担を軽減するために使用する次に掲げる用品をいう。
ア ウィッグ等 がん治療に伴う脱毛に対応するために着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のネット
イ 胸部補整具 がん治療による乳房の変化に対応するための補整下着、補整パッド、専用入浴着及び人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）

(交付対象者)

第3条 助成金の交付対象となる者（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) 申請日時点で本市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がん治療を受けた者又は現に受けている者
- (3) 本市又は他市町村において同様の制度による助成等を受けていない者

(対象経費)

第4条 助成の対象とする経費（以下「助成対象経費」という。）は、アピアランスケア用品の購入に係る費用（消費税額及び地方消費税額を含む。）とする。ただし、購入のために要した交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用、附属品、ケア用品等については対象としない。

(助成金の額及び交付回数)

第5条 助成金の額は、前条に規定する助成対象経費と次の各号に掲げる区分ごとに定める額を比較して、いずれか少ない方の額とする。ただし、算定した額に千円未満の

端数が生じたときは、その端数を切り捨てるものとする。

- (1) ウィッグ等 2万円
- (2) 胸部補整具 1万円

2 助成金の交付回数は、対象者1人につき前項各号の区分ごとに1回限りとし、ウィッグ等については1台限りとする。

(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。

(交付申請)

第7条 申請者は、伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) がん治療を受けたこと又は現に受けていることを証する書類（治療方針計画書、診療明細書等）の写し
- (2) アピアランスケア用品を購入したことを証する書類（品名、金額、数量等の記載のある領収書）の写し
- (3) 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2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、購入日の属する年度内とする。ただし、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と市長が認める場合は、この限りでない。

(助成金の交付)

第8条 市長は、前条の申請があったときは、当該申請に係る書類等を審査し、助成金を交付することが適当と認めたときは、伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付決定兼確定通知書（様式第3号）により申請者に通知するとともに、助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、助成金を交付することが不適当と認めたときは、その理由を付した伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付却下通知書（様式第4号）により申請者に通知する。

(資格確認等)

第9条 市長は、第7条第1項の申請に係る対象者について住民基本台帳情報等を確認

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の返還）

第10条 市長は、申請者又は対象者が偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けたことが明らかになったときは、当該交付の決定を取り消し、当該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、助成金の交付に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この告示は、令和7年4月1日から施行し、同日以後に購入したアピアランスケア用品の助成金申請についてから適用する。

（経過措置）

- 2 この告示による改正前の伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱の規定によるこの告示の施行の日以後の申請の取扱いについては、なお従前の例による。

年 月 日

伊佐市長 様

伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求します。また、助成金の交付に当たり、伊佐市が住民基本台帳その他の公簿等の閲覧及び関係医療機関等へ照会することについて同意します。

申請者	フリガナ				電話番号
	氏 名	㊞			
	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	手術・化学・放射線 その他（ ）
申請区分		医療用ウィッグ等		胸部補整具	
過去の受給の有無		有 ・ 無		有 ・ 無	
※過去に他市町村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。					
申請内容	購入年月日	年 月 日		年 月 日	
	購入費 (税込価格)	円		円	
	助成申請額 (1,000円未満 切り捨て)	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 上記の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 _____（申請者との続柄： _____） 委任者（申請者）氏名 _____ （署名又は記名押印）					

添付書類

- (1) がんの治療を受けていることを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）の写し
- (2) アピアランスケア用品を購入したことを証明する書類（対象者の氏名、購入年月日、品名及び金額の記載のある領収書）の写し
- (3) 通帳等（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
- (4) 対象者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等）
- (5) その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第7条関係）

委任状

（伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付）

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、伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付の申請、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



伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付決定兼確定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付については、下記のとおり決定及び確定したので、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



伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付却下通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度伊佐市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付については、下記の理由により却下することに決定しましたので、通知します。

記

（却下とした理由）