

## 令和4年度寒河江市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を図るため、別表助成対象物品の欄に掲げる医療用ウィッグ又は乳房補整具（以下「ウィッグ又は乳房補整具」という。）購入に要する費用の一部に対し助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 この事業の助成対象者は、次の各号に定める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) 寒河江市内に住所を有する者。
- (2) がんの治療(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) がん治療に伴う脱毛または乳房の切除により、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り、ウィッグまたは乳房補整具が必要となっている方。
- (4) 他の法令等に基づく公的助成を受けていないこと。

(助成対象医療用ウィッグ・乳房補整具の要件)

第3条 助成対象となるウィッグまたは乳房補整具は、令和3年4月1日以降に購入したもので、助成対象者1人につきそれぞれ1回限りとする。ウィッグは1個とする。

- 2 助成対象となる経費は、ウィッグまたは乳房補整具本体の購入費とし、本体価格に含まれない附属品及びケア用品等は対象としないものとする。

(助成の額及び回数)

第4条 助成金額は、助成対象者1人につき、購入経費の1/2又は医療用ウィッグ2万円・乳房補整具1万円のいずれか低い額とする。

- 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。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、市長に対し、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(様式1号)に次の書類を添付のうえ、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ことを証明する書類
- (3) 本人を確認する書類(運転免許証または医療保険証の写し)
- (4) 申請者名義の通帳の写し

2 申請者は助成対象者とする。ただし、申請者の委任があれば代理人が申請を行うことができるものとする。その際、当該代理人は、当該代理人本人であることが確認できる書類を提示するとともに、委任状(様式2号)を添付(親権者が未成年の子の代理申請を行う場合を除く。)するものとする。

(助成金の交付決定及び額の確定)

第6条 市長は、前条の申請書を受理したときは、速やかに審査し、これを正当と認めるときは、助成金交付決定及び額の確定を行うものとする。助成金交付の決定及び額の確定後、補助金等交付決定及び額の確定通知書(様式3号)により申請者に通知するとともに、口座振込の方法により助成金を交付する。

2 市長は、前項により審査した結果、助成しないことを決定したときは、補助金等不承認通知書(様式4号)を申請者に通知する。

(助成金の返還)

第7条 市長は、本要綱に違反その他不正な行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から助成した額の全部または一部を返還させるものとする。

(委任)

第8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

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 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	次に掲げる全ての要件を満たす者 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。 イ 医療用ウィッグについて、令和3年度以前において、山形県がん患者医療用ウィッグ購入助成事業実施要綱又は山形県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。	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。）	助成対象者1人につき2万円（2万円を超える金額を市町村長が別に定める場合においては、当該金額）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	助成対象者1人につき、医療用ウィッグ1個、1回限り	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 ア お薬手帳 イ 診療明細書 ウ 治療方針計画書 エ クリニカルパス オ わたしのカルテ カ がん診療パス 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
乳房補 整具	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 イ 乳房補整具について、令和3年度以前において、山形県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。	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。） ア 補整パッド イ 人工乳房 ウ 胸部補整機能のある下着 エ ア又はイを固定するために購入した下着	助成対象者1人につき1万円（1万円を超える金額を市町村長が別に定める場合においては、当該金額）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	助成対象者1人につき、個数制限なし、1回限り。	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 ア 手術同意書 イ 診療明細書 ウ 治療方針計画書 エ クリニカルパス オ わたしのカルテ カ がん診療パス キ その他、乳房を切除したことを証明する書類

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

寒河江市長 殿

(申請者) 住所 寒河江市

氏名

印

対象者との関係  
電話番号(日中連絡がつくもの)

(申請者自署又は記名押印)

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) — —		
がんの 治療状況	医療機関名	<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院 <input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 <input type="checkbox"/> 山形県立新庄病院 <input type="checkbox"/> 公立置賜総合病院 <input type="checkbox"/> 日本海総合病院 <input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院 <input type="checkbox"/> その他( )				
	主治医		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他( )		
がん治療を受けていることを証する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> クリニカルパス <input type="checkbox"/> わたしのカルテ <input type="checkbox"/> がん診療パス <input type="checkbox"/> その他( )					
⑩ 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				
購入したもの		申請金額の算定				
ウィッグ	(購入年月日) 年 月 日	① 購入経費(税込)※1個分の価格。附属品含まない。 円			③ 2万円と②を比較して低い方の額 円	
		② ①の1/2の額 円				
乳房補整具	<input type="checkbox"/> 補整パッド(□下着あり) <input type="checkbox"/> 人工乳房(□下着あり) <input type="checkbox"/> 補整下着	④ 購入経費(税込) 円			⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額 円	
	(購入年月日) 年 月 日	⑤ ④の1/2の額 円				
		<b>助成金申請金額 (③+⑥)    ¥ _____ 円</b>				
⑩ 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				
	預金種別	普通・当座		金融機関コード		
口座名義人	(カタカナ)			(漢字)		

⑩「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。

⑩「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。

## 委任状

年 月 日

**【代理人】**

住所

氏名

印

(代理人自署又は記名押印)

私は、上記の者を代理人と定め、がん患者用医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の申請に係る関係書類の提出及び当助成金の請求に関する一切のことを委任します。

ただし、当助成金を受領する者は委任する人とします。

**【委任する人＝対象者(児)】**

住所

氏名

印

(委任する人自署又は記名押印)

**【委任する人＝対象児の親権者】**

住所

氏名

印

(委任する人自署又は記名押印)

寒河江市長

殿

---

## 住民記録等の閲覧及び関係機関への照会についての同意書

私は、提出自治体が住所等の確認のために私の世帯の住民記録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細の閲覧について同意します。

**【対象者】**

住所

氏名

印

(対象者自署又は記名押印)

寒河江市長

殿

様式3号

指令 健 第 号  
令和 年 月 日

様

寒河江市長 佐藤 洋樹 ㊟

補助金等交付決定及び額の確定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった令和4年度寒河江市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費助成金について、下記のとおり決定し額を確定しましたので通知します。

記

- |                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| 1 補助事業等交付対象事業名 | 令和4年度寒河江市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費助成事業 |
| 2 補助金等の交付及び確定額 | 円                                 |

様式4号

指令 健 第 号  
令和 年 月 日

様

寒河江市長 佐藤 洋樹 ㊟

### 補助金等不承認通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった令和4年度寒河江市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費助成金について、下記のとおり不承認としましたので通知します。

#### 記

- 1 補助事業等交付対象事業名 令和4年度寒河江市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費助成事業
- 2 不承認とした理由