

○箕輪町アピランスケア助成金交付要綱

令和5年4月1日告示第90号

箕輪町アピランスケア助成金交付要綱

(目的)

第1条 本事業は、がん治療による外見変貌を補完する頭髪補整具又は乳房補整具等の医療用補整具（以下「補整具」という。）の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の外見の変化に起因する苦痛を軽減するケア（以下「アピランスケア」という。）と就労や社会参加の促進等、生活の質の維持向上に寄与することを目的とする。また、この要綱は、助成金の交付に関して箕輪町補助金等交付規則（昭和55年箕輪町規則第21号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(交付対象者)

第2条 助成金の交付対象者は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 助成の対象となる補装具（以下「助成対象補整具」という。）の助成金交付申請時に町内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、手術、薬物治療、放射線療法、その他がんの治療を受けた又は現に受けている者
- (3) 町税等に滞納のない者

(助成対象補整具及び助成回数)

第3条 助成対象補整具と助成回数は、次の表のとおりとする。

補整具の区分	助成対象補整具等	助成回数
頭髪補整具	医療用ウィッグ本体（装着用ネット含む）及び毛付き帽子。ただし、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。	1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房。ただし、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。	右乳房、左乳房毎に1回
その他補整具	エピテーゼ（補整用人工物）	1回

2 国又は他の地方公共団体が別に購入費用を負担したものは助成の対象外とする。

(助成金額)

第4条 助成金の額は、前条第1項に定める区分ごとに、助成対象経費に2分の1を乗じた額（その額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）とし、5万円を限度とする。

(交付申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者（その者が未成年である場合にあつては、その法定代理人）は、箕輪町アピランスケア助成金交付申請書（様式第1号）を、補整具等を購入した日から起算して6月以内に町長に提出しなければならない。

(交付決定)

第6条 町長は、前条の申請があつたときは、審査を行い、適当と認めるものについては、助成金の交付を決定し申請者に通知するものとする。

(交付請求)

第7条 申請者は、前条の規定により助成金の交付決定を受けたときは、箕輪町アピランスケア助成金請求書(様式第2号)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による請求があつたときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第8条 町長は、虚偽その他の不正な方法により助成を受けた者に対し、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

様式第1号 (第5条関係)

様式第1号 (第5条関係)

箕輪町アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

箕輪町長

申請者 住 所 箕輪町大字

申請者氏名

交付対象者との続柄 ()

電話番号 - -

箕輪町アピアランスケア助成金交付要綱により下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお担当者が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税資料等の情報を確認することに同意します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、関係機関等に対し照会することを承諾します。

交付対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒 電話番号			
がんの 治療状況 (実績)	医療機関名 及び診療科				
	主治医名				
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療 (入院) 計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> その他 ()				
助成対象補整具及び経費等	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他
			左房用	右房用	
	補整具の内容 及び 購入年月日 (領収書の日付) ※複数ある場合は それぞれ記載				
	領収書の名前及び 交付対象者との続 柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用計 (税込)	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額	② 円 (1,000円未満切捨て)	⑤ 円 (1,000円未満切捨て)	⑧ 円 (1,000円未満切捨て)	⑪ 円 (1,000円未満切捨て)
	助成額	② 円 (②又は50,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ 円 (⑥又は50,000円の どちらか少ない方の額)	⑨ 円 (⑨又は50,000円の どちらか少ない方の額)	⑫ 円 (⑫又は50,000円の どちらか少ない方の額)
助成金交付申請金額 (※③、④、⑤、⑥の合計額を記入してください。)					円

(添付書類)

- ア がんの治療 (手術、薬物治療、放射線療法等) を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
 - イ 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し (購入日、購入金額、金額内訳、宛名 (申請者の氏名)、領収書発行者名、購入した助成対象補整具の品名等の記載のあるもの)
 - ウ 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳の写し
 - エ 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類
- (表面もご確認ください)

確認事項（以下の確認事項の該当するものに☑又は記載してください。）

- 1 過去に県内他の市町村から今回申請する補整具の区分での助成を受けていません。
はい いいえ

- 2 今回申請する補整具は、他の都道府県や他の都道府縣市町村から助成を受けていません。
はい いいえ

- 3 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は、以下のとおりです。
（該当する場合のみ記載）

（記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等）

様式第2号（第7条関係）
様式第2号（第7条関係）

箕輪町アピアランスケア助成金請求書

年 月 日

箕輪町長

請求者 住所

氏名

電話番号

年 月 日付け 第 号により交付決定通知を受けた
箕輪町アピアランスケア助成金について、箕輪町アピアランスケア助成金交付要綱第7
条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 助成金請求額 _____ 円

2 振込先（この情報は上記の事務以外には使用いたしません）