

平成 30 年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、がん患者の治療及び就労の両立、療養生活の質の向上を図るため、医療用ウィッグの購入者に対し、予算の範囲内で助成金を交付することについて、平成 30 年度山形県がん患者医療用ウィッグ購入助成事業実施要綱(平成 30 年 3 月 19 日付け健長第 1622 号山形県健康福祉部長通知)、平成 30 年度山形県がん患者医療用ウィッグ購入助成事業費補助金交付要綱(平成 30 年 3 月 19 日付け健長第 1622 号山形県健康福祉部長通知)及び庄内町補助金等の適正化に関する規則(平成 17 年庄内町規則第 52 号)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 助成金の交付を受けることができる者(以下「助成対象者」という。)は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 町内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、かつ、がんの治療を行っている者
- (3) がんの治療に伴う脱毛により、就労、社会参加等に支障があり、又は支障が生ずるおそれがあるため、医療用ウィッグが必要となっている者
- (4) 他の法令等に基づく医療用ウィッグ購入に係る助成等を受けていない者
- (5) 平成 29 年度以前において、町又は県内の他の市町村が山形県がん患者医療用ウィッグ購入助成事業実施要綱に基づき実施する助成を受けていない者

2 助成金の交付対象となる医療用ウィッグは、次に掲げる全ての要件を満たすものとする。

- (1) 平成 29 年 4 月 1 日以後に購入したものであること。
- (2) 就労、社会参加等のために購入したものであること。
- (3) がんの治療に伴う脱毛に対応するものであること。

(助成金の額等)

第 3 条 助成金の額は、助成対象者 1 人につき、2 万円又は医療用ウィッグ購入費の 2 分の 1 に相当する額のいずれか低い額とする。この場合において、助成金の額に 1 円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。

2 助成金の交付回数は、助成対象者 1 人につき、ウィッグ 1 個とし、かつ、1 回限りとする。

3 助成金の交付対象となる経費は、医療用ウィッグの本体購入費とし、本体価格に含まれない附属品及び医療用ウィッグのケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)は、助成金の交付対象としない。

(交付申請)

第 4 条 助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、平成 30 年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入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、町長に提出しなければならない。

- (1) 脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する次のいずれかの書類
 - イ お薬手帳
 - ロ 診療明細書

ハ 治療方針計画書

ニ わたしのカルテ

ホ がん診療パス

ヘ その他がん治療を行っていることを証明するものと町長が認める書類

(2) 医療用ウィッグを購入した際の領収証書

(3) 本人を確認する書類（運転免許証の写し、医療保険証の写し等）

(4) 前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

2 申請者は、前項に規定する申請（以下「交付申請」という。）を代理人に委任することができる。

3 前項の規定による委任を受けた代理人（親権者が未成年の子の代理人となる場合を除く。）が交付申請を行うときは、委任状（様式第2号）を添付しなければならない。この場合において、町長は、代理人に対し運転免許証の写し、医療保険証の写し等の提示を求め、当該代理人本人であることを確認するものとする。

4 申請者及び代理人は、疾病その他やむを得ない理由により、直接窓口で申請できない場合は、郵送で申請することができる。

（交付決定）

第5条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付を決定したときは平成30年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付決定通知書（様式第3号）により、助成金を交付しないことを決定したときは平成30年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付不承認通知書（様式第3号）により、当該申請者に通知するものとする。

（その他）

第6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、公布の日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

（表）

平成 30 年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住 所

氏 名

印

（申請者自書又は記名押印）

対象者との関係

電 話

次のとおり医療用ウィッグ購入助成金の交付を受けたいので申請します。

対象者 (児)	フリガナ		性別	生 年 月 日			
	氏 名		男・女	年 月 日			
	住 所	〒					
	電話番号	— —					
がんの治療状況	医療機関名						
	主治医名		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・診療明細書・治療方針計画書・わたしのカルテ・がん診療パス・ その他 ()						
ウィッグが必要な理由							
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無					
購入したウィッグ	購入年月日		購入経費（ウィッグ税込価格）				
	年 月 日		※ウィッグ1個分の価格で、付属品等は含まない。 円				
申請金額の算定							
ウィッグの購入経費	アの 1/2 の額		助成金上限額又はイのいずれか低い額		助成金申請金額		
ア 円	イ 円	ウ 円	円				
振込先	銀行 信金 信組 農協 本店 支店・出張所		口座番号(左づめ)				
	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)					

(注) 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。

(裏)

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、庄内町長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。

申請者 住所
氏名 ⑩
(対象者自書又は記名押印)

庄内町長

宛

様式第2号（第4条関係）

委任状

年 月 日

代理人

住所

氏名 ⑩

（代理人自書又は記名押印）

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 ⑩

（委任する人自書又は記名押印）

委任する人（対象児の親権者）

住所

氏名 ⑩

（委任する人自書又は記名押印）

庄内町長

宛

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

庄内町長



平成30年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付決定（不承認）
通知書

年 月 日付けで交付申請のあった平成30年度庄内町がん患者医療用ウィッグ購入助成金について、下記のとおり交付する（承認しない）ことに決定したので、通知します。

記

- 1 交付決定額 円
- 2 助成金交付予定日 年 月 日
- 3 承認しない場合はその理由