

令和 7 年愛南町告示第 49 号

愛南町がん患者補整具購入費助成金交付要綱を次のように定める。

令和 7 年 4 月 4 日

愛南町長 中村 維伯

愛南町がん患者補整具購入費助成金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この告示は、がん患者に対し、化学療法又は放射線療法による脱毛症状及び手術による外見の変貌を補完する補整具(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心理的及び経済的な負担を軽減し、がん治療における療養生活の質の向上及び就労、社会参加等の両立を支援するため、予算の範囲内で愛南町がん患者補整具購入費助成金(以下「助成金」という。)を交付することに関し、愛南町補助金等交付規則(平成 17 年愛南町規則第 5 号)に定めるもののほか必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 助成金の交付の対象となる者(以下「対象者」という。)は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

(1) がんの治療(手術、薬物治療又は放射線治療をいう。以下同じ。)を受け、又は現に受けており、かつ、令和 7 年 4 月 1 日以降に対象補整具を購入していること。

(2) 補整具購入に係る経費の助成等を受けていないこと。

(対象経費等)

第 3 条 助成金の交付の対象となる経費(以下「対象経費」という。)及び対象者一人当たりの助成回数は、次の表のとおりとする。

対象補整具	対象経費	助成回数
ウィッグ等補整具	本体(装着用ネットを含む。)	1 回
乳房補整具	補整下着、シリコンパット等	右乳房、左乳房ごとに 1 回

2 対象者は、同一の対象補整具を複数購入したときは、当該購入した全ての補整具の購入経費を対象経費とすることができる。この場合において、第 4 条に規定する申請は、一度に行わなければならない。

3 助成金の額は、対象経費の購入費用の3分の2以内の額とし、3万円を上限とする。この場合において、算出した額に1,000円未満の端数が生じるときは、これを切り捨てるものとする。

4 第1項の表に掲げる対象補整具の附属品及びケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)の購入費は、助成の対象としない。

(交付の申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする対象者(対象者が未成年であるときは、その保護者。以下「申請者」という。)は、対象補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に愛南町がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号。以下「申請書兼請求書」という。)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) 購入した対象補整具の領収書

(2) がん治療を受けていることを証する書類(ウィッグ等補整具の購入費用を申請する場合は脱毛の副作用がある抗がん剤治療等を受けていることを証明する書類、乳房補整具の購入費用を申請する場合はがん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類)の写し

(3) 前2号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(交付等の決定及び通知)

第5条 町長は、申請書兼請求書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めるときは愛南町がん患者補整具購入費助成金交付決定通知書(様式第2号)により、不適当と認めるときは愛南町がん患者補整具購入費助成金不交付決定通知書(様式第3号)により当該申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第6条 町長は、前条第1項の規定により助成金の交付を決定したときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(交付決定の取消し等)

第7条 町長は、第5条の規定により助成金の交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。この場合において、当該取消しに係る部分に関し既に助成金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(1) 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたとき。

(2) 助成金の交付決定の内容及びこれに付した条件に違反したとき。

(3) この告示に違反したとき。

(4) その他助成金の交付が適当でないと町長が認めるとき。

(その他)

第8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、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

愛南町長

様

申請者 住 所
 氏 名
 生年月日 年 月 日
 電話番号

愛南町がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

愛南町がん患者補正具購入費助成金の交付を受けたいので、愛南町がん患者補整具購入費助成金交付要綱第 4 条の規定により次のとおり申請します。なお、助成金の交付の審査に当たり、申請者の住民基本台帳及び関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

使用者		※申請者と異なる場合のみ記入 住 所 氏 名 生年月日							
購入した補整具等		種類		☐ ウィッグ ☐ 乳房補整具(右・左) ☐ その他					
		購入年月日		年 月 日					
		購入金額(税込)		円					
申請(請求)額 (上限 3 万円)		円 ※購入金額の 3 分の 2 の額又は 3 万円のいずれか少ない額 (1, 000 円未満切捨て)							
振込先	金融機関名	銀行 支店 農協 支所							
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人								

添付書類

- (1) 購入した補正具等の領収書
- (2) がん治療を受けていることを証明する書類の写し

(3) 税等の滞納がない旨の申告書(別紙)
別紙

税等の滞納がない旨の申出書

年 月 日

愛南町長 様

住所
氏名

印

愛南町がん患者補正具購入費助成金の申請に当たり、町税等の滞納がない旨を申し
出ます。なお、担当部署において納税等の状況について調査することに同意します。

-----以下愛南町記入欄-----

担当部署名	費目	担当部署記入欄	確認印
税務課	町民税	有 無	
	固定資産税	有 無	
	国民健康保険税	有 無	
	介護保険料	有 無	
		有 無	
保健福祉課	保育料	有 無	
環境衛生課	下水道料	有 無	
水道課	水道料	有 無	
学校教育課	給食費	有 無	

備考 調査の対象は、補助等の対象となる者及びその世帯員全員とする。

様式第 2 号(第 5 条関係)

愛南町指令 第 号
年 月 日

様

愛南町長



愛南町がん患者補整具購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった愛南町がん患者補整具購入費助成金について、次のとおり交付を決定するので、愛南町がん患者補整具購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により通知します。

- 1 助成金交付金額 円
- 2 助成金交付対象使用者
- 3 交付の条件

様式第3号(第5条関係)

愛南町指令 第 号
年 月 日

様

愛南町長



愛南町がん患者補整具購入費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった愛南町がん患者補整具購入費助成金について、次の理由により不交付とするので、愛南町がん患者補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により通知します。

不交付の理由：