

辰野町がん患者へのアピアランスケア助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん治療に伴い医療用補整具（以下「補整具」という。）を購入した者に、その購入費用の一部を助成することにより、がん患者の就労や社会参加の促進等、療養生活の質の維持向上へ寄与することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 この事業の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 助成金の交付の対象となる補整具（以下「助成対象補整具」という。）の交付申請日に辰野町内に住所を有する者。
- (2) がんと診断され、がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた者又は現に受けている者。

(助成対象補整具及び助成回数)

第3条 助成対象補整具及び助成回数（前条に定める助成対象者1人当たり）は、次の表のとおりとする。

区分	助成対象補整具	助成回数
1 頭髪補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	1回
2 乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房	右房、左房毎に1回
3 その他	エピテーゼ（補整用人工物）	1回

- 2 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、前項に規定する助成対象補整具の購入費のうち令和5年4月1日以降に支払ったものとし、付属品又はケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）の購入費、購入のために要した交通費及び郵送費等は助成の対象外とする。
- 3 国又は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項に定める区分毎に、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、2万円を限度とする。

(助成の申請)

第5条 助成金の交付の申請をしようとする者（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、辰野町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に、次に掲げる書類を添付して、辰野町長に提出しなければならない。

- (1) 本人確認書類の写し
 - (2) 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
 - (3) 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、購入した補整具等の品名(ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費等)の記載のあるもの)
 - (4) 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかる預金通帳の写し(通帳表紙裏の見開きのコピーなど)
 - (5) 前各号に掲げるもののほか、辰野町長が必要と認める書類
- 2 前項の規定による申請書は、助成対象補整具の購入日が属する年度の末日までに提出しなければならない。ただし、がん治療や症状の悪化などのやむを得ない事情により、当該年度内に申請できない場合は翌年度に行うことができる。

(助成金の支給)

第6条 辰野町長は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、辰野町がん患者へのアピアランスケア助成金支給決定通知書(様式第2号)により速やかに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 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した辰野町がん患者へのアピアランスケア助成金支給不承認通知書(様式第3号)により速やかに申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第7条 辰野町長は、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けた者がいるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

(個人情報の取扱い等)

第8条 辰野町長は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに十分留意するものとする。

(台帳の整備)

第9条 辰野町長は、辰野町がん患者へのアピアランスケア助成事業助成金受給者台帳(様式第4号)を整備するものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、辰野町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。