

知名町告示第 77 号

知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱を次のように定めた。

令和 5 年 11 月 28 日

知名町長 今井 力夫

知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱

(目的)

第 1 条 この要綱は、がん患者が、手術、放射線療法又は化学療法等に伴う脱毛による精神的負担を軽減するため使用する医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネット（以下「ウィッグ等」という。）の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の経済的負担を軽減し、治療と就労等との両立を支援することを目的とする。

(対象者)

第 2 条 がん患者ウィッグ購入費助成事業（以下「本事業」という。）の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者（以下「対象者」という。）とする。

- (1) 知名町に住所を有し、かつ、がんと診断され、がんの治療（手術、放射線療法、化学療法等）を受けた者又は現在受けている者
- (2) 本事業及び他の制度において、次条に規定するウィッグ等の購入費用の助成又は給付等を受けていない者

(助成内容)

第 3 条 助成対象となるウィッグ等購入費には消費税額及び地方消費税額を含むものとし、購入のために要する交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用及び付属品、ケア用品等の購入費用については対象外とする。

- 2 助成回数は、対象者 1 人につき令和 5 年 4 月 1 日以降に購入したウィッグ等 1 台とし、1 回限りとする。
- 3 助成額は、第 1 項に規定する購入費と、助成上限金額 20,000 円のいずれか少ない方の額とする。

(助成の申請及び請求)

第 4 条 助成金の交付を受けようとする者又はその家族（以下「申請者」という。）は、知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書（第 1 号様式。以下「申請書」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) がんの治療を受けていたこと又は現在受けていることを証明する書類
 - (2) ウィッグ等を購入したことを証明する書類
 - (3) その他町長が必要と認める書類
- 2 対象者以外の者が申請者となる場合は、前項に掲げる書類に加えて、委任状（第2号様式）を提出しなければならない。
- 3 申請期限は、対象となる医療用ウィッグの購入日の属する年度内とする。ただし、申請者又は対象者に申請期限までに申請することができないやむを得ない事情がある場合は、購入した日から1年以内とする。
- （助成金の支給決定等）

第5条 町長は、前条の規定による申請書を受理したときは、その内容を審査の上、支給の可否を決定し、知名町がん患者ウィッグ購入費助成金支給（不支給）決定通知書（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

- 2 町長は、助成金の支給を決定した時は、速やかに申請者に助成金を支払うものとする。
- （助成金の返還）

第6条 町長は、偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けた者がいるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第7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、告示の日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

知名町長 様

知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は、知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			電話番号
	氏名	印		
	住所	〒		対象者との続柄
対象者	フリガナ			生年月日
	氏名	□申請者と同じ		年 月 日
	住所	〒		□申請者と同じ
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・化学 その他()	
過去の受給の有無※	有 ・ 無 ※過去に鹿児島県内の市町村で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。			
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等は含まない。	助成申請額 (購入費、上限2万円)	
	年 月 日	円	円 (1,000円未満切り捨て)	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合		本店 支店	
	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)
	普通・当座			
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 申請者との続柄:				

添付書類

- (1) がんの治療を受けていたこと又は現在受けていることを証明する書類
- (2) ウィッグ等を購入したことを証明する書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

知名町長 様

委 任 状

私（委任者）は、受任者（申請者）を代理人と定め、知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業に係る助成金の申請及び受領に関する権限を委任します。

「委任者」※助成対象者（実際にウィッグを使用する方）

住所

氏名

印（本人が自書する場合は押印不要）

電話連絡先

「受任者」※申請者（代理で申請する方）

住所

氏名

印（本人が自書する場合は押印不要）

電話連絡先

第3号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

知名町長



知名町がん患者ウィッグ購入費助成金支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業について、下記のとおり決定したので、知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき通知します。

記

- 1 助成金支給決定額 金 円
- 2 支給（振込）予定日 年 月 日
- 3 不支給決定理由