

鹿屋市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、がん患者に対し、手術、放射線療法又は化学療法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等の購入費用の一部を助成する鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金（以下「助成金」という。）を交付することにより、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。

(助成対象者)

第2条 助成金の対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 本市に住所を有している者
- (2) がんと診断され、薬物療法、放射線治療、手術等のがんの治療を現在受けている又は過去に受けたことがある者
- (3) 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を受けていない者

(助成対象経費)

第3条 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、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。）の購入に係る費用とし、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、ケア用品等の購入に係る費用は対象としない。

(助成金の額等)

第4条 助成金の額は、前条の助成対象経費に2分の1を乗じた額とし、2万円を上限とする。ただし、算定した額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

2 助成金の交付は、同一の対象者につき1回限りとする。

(助成金の交付申請)

第5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、鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) がんの治療を受けている又は受けていたことを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）

(2) ウィッグ等を購入したことを証明する書類（品名及び金額が記載された領収書）

(3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、原則として、購入した日の属する年度内に行わなければならない。

（助成金の支給）

第6条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査の上、助成金額を決定し、鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金支給決定通知書（別記第2号様式）を速やかに申請者に送付するとともに、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 市長は、前項の審査の結果、申請内容が適当と認められないときは、その理由を付した鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金支給不承認通知書（別記第3号様式）を速やかに申請者に送付するものとする。

（助成金の返還）

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた者がいるときは、その者から既に支給した助成金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 市長は、本事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意するものとする。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年7月1日から施行し、令和4年4月1日以後に購入したウィッグ等に係る助成金から適用する。

別記

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

鹿屋市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・化学・放射線 その他（ ）	
過去の受給の有無	有・無	注 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） 注1ウィッグ1台（保護用ネット含む。） 2付属品等の購入費は含まない。	助成申請額 （購入費の1/2、上限額 2万円、1千円未満切捨て）	
	年月日	円	円	
振込先	銀行・農業協同組合 信用金庫（ ）		本店 支店	
	種別	口座番号		口座名義人（カタカナ）
	普通・当座			
振込先の口座名義人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 _____（申請者との続柄： ） 申請者（委任者）氏名 _____ （署名又は記名押印）				

添付書類

- (1) 対象者ががんの治療を受けている又は受けていたことを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）
- (2) ウィッグ等を購入したことを証明する書類（品名及び金額が記載された領収書）
- (3) 申請者本人を確認する書類の写し（住民票、運転免許証、医療保険証等）
- (4) 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類

第2号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 印

鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金の交付について、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 対象者氏名

2 助成金額 金 円

3 支給予定日 年 月 日

4 振込先 申請書記載のとおり

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 印

鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金支給不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金の交付について、下記の理由により不承認としたので通知します。

記

不承認とした理由