

平成30年度大蔵村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4月2日

大蔵村要綱第44号

(目的)

第1条 がんになっても、これまでどおり安心して暮らし続けられる社会を構築するため、がん患者の治療と就労の両立、療養生活の質の向上に向け、がんの治療に伴う外見の悩みに対して支援することを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、大蔵村とする。

(事業の内容)

第3条 次の者が医療用ウィッグ（以下「ウィッグ」という。）を購入した場合、その購入経費の一部に対し助成する。

2 助成対象者は、次の全ての要件を満たす者とする。

- (1) 大蔵村内に居住していること。
- (2) がんと診断され、がんの治療を行っていること。
- (3) がんの治療に伴う脱毛により、就労や社会参加等に支障がある又は支障が出る恐れがあるため、ウィッグが必要になっていること。
- (4) 他の法令等に基づく助成等を受けていないこと。
- (5) 平成29年度以前において、大蔵村がん患者医療用ウィッグ購入助成事業実施要綱による助成を受けていないこと。

3 助成金額は、助成対象者1人につき、2万円又はウィッグ購入経費の2分の1の額のいずれか低い額とする。

4 助成回数は、助成対象者1人につき、ウィッグ1個とし、1回限りとする。

(経費の負担)

第4条 この実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、村長が別に定める「平成30年度大蔵村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」に基づき、予算の範囲内で補助を行うものとする。

(事業実施にあたっての留意事項)

第5条 助成対象者についての年齢及び性別による制限は設けないこと。

2 助成金の申請について

- (1) 申請者は助成対象者とする。ただし、申請者の委任があれば、代理人としてその申請を行うことができるものとする。
- (2) 申請者に代わって代理人が交付の申請を行うときは、当該代理人は、当該代理人本人であることが確認できる書類を提示するとともに、委任状（様式2号）を添付（親権者が未成年の子の代理申請を行う場合を除く。）しなければならない。

(3) 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。

(4) 申請書兼請求書の様式については、様式1号によるものとし、次の書類を添付させること。

- ① がん治療を受けていることを証明する書類
- ② ウイッグを購入したことを証明する書類
- ③ 本人を確認する書類（代理申請の場合は代理人本人を確認する書類）
- ④ 前各号に掲げるもののほか、市町村が必要と認める書類

3 請書に添付する書類について

(1) 第5の2(4)①に定める書類は、次のいずれかの書類とする。なお、助成の決定にあたっては、申請者が受けているがん治療が、脱毛の副作用を伴うものであることを医療機関や薬局等に確認すること。

アお薬手帳

イ診療明細書

ウ治療方針計画書

エわたしのカルテ

オがん診療パス

カその他、がん治療を行っていることを証明するもの

(2) 第5の2(4)②に定める書類は、ウイッグを購入した際の領収証書とする。

(3) 第5の2(4)③に定める書類は、運転免許証の写し、医療保険証の写し等とする。

4 助成対象となるウイッグは、次の全ての要件を満たすものとする。

(1) 平成29年4月1日以降に購入したものであること。

(2) 就労、社会参加、通院や来客者対応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。

5 助成対象となる経費は、ウイッグ本体の購入経費とし、本体価格に含まれない付属品やウイッグのケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）は、対象としない。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成30年4月1日から施行する。

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

申請日 平成 年 月 日

大蔵村長 殿

(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

下記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。
私は、大蔵村が住所等の確認のために私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。

対象者(児)	フリガナ		性別	生 年 月 日			
	氏 名		男・女	昭和 平成	年	月	日
	住 所	〒 最上郡大蔵村大字					
	電話番号	— —					
がんの治療状況	医療機関名	山形県立中央病院・山形大学医学部附属病院・山形市立病院済生館 山形県立新庄病院・公立置賜総合病院・日本海総合病院 鶴岡市立荘内病院・その他 ()					
	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	就労のため ・ 社会参加するため・通院のため・来客者の対応をするため その他 ()						
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) ※ウィッグ1個分の価格で、付属品等は含まない。			
	平成 年 月 日			円			
申請金額の算定							助成金申請金額
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				
ア 円	イ 円	ウ 円				¥ 円	
振込先	銀行 信金 信組 農協		口座番号 (左づめ)				
	本店	支店・出張所					
	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)							

⑨ 「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。

委任状

平成 年 月 日

【代理人】

住所

氏名

印

(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

印

(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

印

(委任する人自書又は記名押印)

大蔵村長 殿

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、大蔵村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。

【対象者】

住所

氏名

印

(対象者自書又は記名押印)

大蔵村長 殿