

## 駒ヶ根市がん患者へのアピアランスケア補助金交付事業 概要書

駒ヶ根市地域保健課

## 1 目的

がん治療に伴い医療用補整具（以下「補整具」という。）を購入した方に、その購入費用の一部を補助することにより、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に寄与することを目的として補助金交付事業を実施します。

## 2 事業開始

令和5年4月1日 …この日以降購入されたものが補助対象になります。

## 3 対象者

次のいずれにも該当する方

- (1) 補助金の交付の対象となる補整具（以下「補助対象補整具」という。）の交付申請日に駒ヶ根市内に住所を有する方
- (2) がんと診断され、手術、薬物治療、放射線療法等（以下「がん治療」という。）を受けた方又は現に受けている方

## 4 補助対象補整具と補助回数（補助対象者1人当たり）

区分	補助対象補整具	補助回数
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、左房ごとに1回
3 その他	エピテーゼ（補整用人工物）	1回

※対象外となるもの

- (1) 附属品並びにケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）
- (2) 購入のために要した交通費及び郵送費、振込手数料等
- (3) 国又は他の地方公共団体が補助の対象としたもの

## 5 補助金額

上記区分ごとに、補助対象経費に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。

## 6 申請～支給

購入を考え始めたときに、一度市へご相談ください。

### (1) 市へ申請

#### 【申請期限】

補助対象補整具の購入日の属する年度の末日までに申請。(郵送でも可)

#### 【申請者となる方】

- ・対象者本人
- ・対象者が未成年である場合は、その法定代理人

#### 【申請に必要な書類】

①駒ヶ根市がん患者へのアピアランスケア補助金交付申請書兼実績報告書兼請求書(様式第1号)

②市内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類…免許証など

③がん治療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

④補助対象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

…購入日が令和5年4月1日以降である

宛名が申請者の氏名になっている

補整具等の品名(ウィッグ、乳房補整パッド等)の記載のあるもの

⑤その他市長が必要と認める書類

#### 【確認事項】

- ・過去に国又は他の地方公共団体から補助を受けていないか確認します

### (2) 市から審査を行う

書類審査後、補助金の交付の可否を決定し、文書にて申請者へ通知します。交付の場合は、指定の振込先口座へ補助金を支給します。

### (3) 交付決定の取消し・補助金返還がある場合

市は、交付決定を受けた者が、偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたと認めるときは、交付決定の全部又は一部を取り消し、文書により申請者へ通知します。既に当該取消しに係る部分について補助金が交付されているときは、その全部又は一部の返還を求めます。

### (4) 市では補助台帳の整備をします

区分ごと補助回数があるため、市では補助金受給者台帳で支給管理をしています。

(対象者1人につき、区分ごと生涯1回の補助のため)