

大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助事業の実施について

大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付目的、内容、交付手続等は、次のとおりです。

1 交付目的

がんの治療に伴う脱毛症状や手術により外見の悩みを抱えるがん患者又はその保護者に対し、医療用ウィッグ等の購入費用の一部を補助することにより、がん患者又はその保護者の経済的な負担を軽減するとともにがん患者の心理的負担を軽減し、もって療養生活の質の向上を図ることを目的とします。

2 内容

補助対象者	がん患者又はその保護者であって、次のいずれにも該当するものとします。 1 本町の住民基本台帳に記録されている者（保護者が補助対象者の場合は、がん患者（子）も本町の住民基本台帳に記録されている必要があります。） 2 がんの治療に伴う脱毛や手術による外見の変化に対処するため、医療用ウィッグ等を購入した者 3 町税の滞納がない者 ※ 「医療用ウィッグ等」とは、次の1又は2のいずれかのものをいいます。 1 医療用ウィッグ（ウィッグ装着時に皮膚を保護するためのネットを含みます。） 2 胸部補整具（ブラジャー、パッド及び人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれた人工乳房を除きます。）をいいます。） ※ 「町税」とは、大泉町町税条例に規定する町税をいいます。
補助対象事業及び経費	令和3年4月1日以降に補助対象者が購入した医療用ウィッグ等の購入費について補助を行います。
交付金額	補助対象経費に相当する額とし、医療用ウィッグについては3万円、胸部補整具については2万円を上限とします。 ※ 補助金の交付は、1補助対象者につき医療用ウィッグ、胸部補整具それぞれ1回限りです。 ※ これまで医療用ウィッグ等の購入について他の補助金等の交付を受けたことがある場合は、この補助金の対象外となります。

3 交付手続

交付申請の方法	大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次の書類を添えて申請してください。 1 がん治療の受診を証明する書類（診断書の写しなど） 2 医療用ウィッグ等の購入に係る領収書の写し（発行日から起算して1年を経過していないものに限ります。） 3 その他町長が必要と認めるもの
補助金の交付時期等	提出された申請書類の審査を行い、補助金の交付の可否を決定し、大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付（不交付）決定通知書（様式第2号）により通知した後、補助金を交付します。
交付決定の取消し・補助金の返還	偽りその他不正な手段により補助金の交付決定を受けた者がいたときは、補助金の交付決定を取り消します。 また、既に補助金を交付しているときは、指定した期限までに、その全部または一部を返還しなければなりません。

4 各種様式

申請書等の様式	1 大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書（様式第1号） 2 大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付（不交付）決定通知書（様式第2号）
---------	---

5 事業期間

期 間	令和4年6月22日から
-----	-------------

6 担当部署

大泉町健康づくり課 電話 0276（62）2121
