

船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん患者が治療に伴う外見の変化への対応のために購入し、又はレンタルしたウィッグ及び胸部補整具について、船橋市補助金等の交付に関する規則（昭和56年船橋市規則第50号）に定めるもののほか、この要綱に基づきその費用を助成することにより、がん患者の精神的、経済的負担を軽減し、社会生活を支援することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請日時時点で本市の住民基本台帳に記録があること。
- (2) がんと診断され、その治療を過去に受けた又は現に受けていること。
- (3) がん治療に伴う脱毛、乳房切除により、ウィッグ又は胸部補整具が必要であること。
- (4) 国や他の自治体による同様の助成を受けていないこと。

(助成対象費用及び助成額)

第3条 助成対象となる費用は次の各号に掲げる補整具の購入又はレンタルに要する費用とし、助成額は当該各号に定める額とする。

- (1) ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含み、その他の付属品、ケア用品を除く。）及び毛付き帽子
実際に要した費用又は30,000円のうち、いずれか少ない方の額
- (2) 胸部補整具（補整下着、乳房補正パッド等。人工乳房を除く。）
実際に要した費用又は20,000円のうち、いずれか少ない方の額

2 助成の回数は、助成対象者1人につき前項各号に掲げる区分ごとに1回を限度とする。

3 複数の補整具を購入又はレンタルした場合、その費用の合計を助成対象費用とすることができる。

(助成の申請)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付し、市長に申請しなければならない。

- (1) 脱毛、乳房切除を伴うがんの治療を過去に受けた又は現に受けていることを証する書類（診断書、治療方針計画書、化学療法に関する説明書等の写し）
- (2) ウィッグ・胸部補整具を購入又はレンタルした日付及び金額が分かる書類（領収書等）
- (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、ウィッグ又は胸部補整具を購入し、又はレンタルした日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

(助成の決定)

第5条 市長は、前条の規定による申請があった場合には、その内容を審査して助成の可否及び助成額を決定し、船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付可否決定通知書(第2号様式)により申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第6条 市長は、前条の規定により助成の決定をした申請者に対し、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成の決定の取消し)

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により助成の決定を受け、又は助成を受けた者があるときは、助成の決定を取り消し、又は既に助成した額の全部若しくは一部を返還させることができる。

(補則)

第8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5年4月1日から施行し、同日以後にウィッグ又は胸部補整具を購入し、又はレンタルした者について適用する。

船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付申請書

西暦 年 月 日

船橋市長あて

船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金の交付を受けたいので、船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。
 また、申請内容について市が保有する個人情報を閲覧・調査することに同意します。

| | | | | | | |
|--|---|--|------------------|--|----------------------|--|
| 申請者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | | 電話番号 (日中連絡の取れるもの) | |
| | 印 | | 西暦 年 月 日 | | () | |
| 住所 | 船橋市 | | | | | |
| 助成対象者が未成年であって保護者が申請する場合は、右に助成対象者の氏名・生年月日を記入してください。 | | | フリガナ 助成対象者の氏名 | | 助成対象者の生年月日 | |
| | | | | | 西暦 年 月 日 | |
| 過去の助成有無 | <input type="checkbox"/> 過去に船橋市以外の自治体等からウィッグ・胸部補整具の費用助成を受けたことはありません。 【受けたことがある場合、申請できません。】 | | | | | |
| がんの治療方法 | <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| ウィッグ | 購入(レンタル開始)日 | | A:領収書等の金額(税込) | | B:助成上限額 | |
| | 西暦 年 月 日 | | 円 | | 30,000円 | |
| 胸部補整具 | 購入(レンタル開始)日 | | A:領収書等の金額(税込) | | B:助成上限額 | |
| | 西暦 年 月 日 | | 円 | | 20,000円 | |
| 助成額はAとBを比べて少ない方の額です。 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|-------|--|---------|------|-----|--|----------------|--|
| 振込先 | 金融機関名 | | 金融機関コード | | 支店名 | | 店番号 | |
| | | | | | | | | |
| | 口座種類 | | | 口座番号 | | | 口座名義人(カタカナで記入) | |
| <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 | | | | | | | | |

【添付が必要な書類】

- ウィッグや胸部補整具が必要となるがんの治療を受けた・受けていることが分かる書類
- ウィッグ・胸部補整具を購入又はレンタルした日付及び金額が分かる書類(領収書等)

第 年 月 号
年 月 日

様

船橋市長

船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付可否決定通知書

年 月 日付けで申請のあったがん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費の助成について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 助成する。

助成決定額

| | |
|-------------------|---|
| ウィッグ購入（レンタル）費の助成 | 円 |
| 胸部補整具購入（レンタル）費の助成 | 円 |

2 助成しない。

理由