

令和 8 年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付要綱

令和 8 年 3 月 27 日

砥部町告示第 76 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、がんの治療に伴う外見の変化による患者の心理的及び経済的な負担を軽減し、療養生活の質の向上と社会参加の促進を図るため、がん患者のウィッグ等及び乳房補整具等（以下「助成対象補整具等」という。）の購入費の一部に対し、予算の範囲内で砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第 2 条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 第 5 条の規定により申請をする日において町内に住民票を有すること。
- (2) がん等と診断され、かつ、当該がん等につき、次に掲げる治療のいずれかを現に受け、又は過去に受けていること。
 - ア 副作用により脱毛が生じる治療（抗がん剤治療、放射線照射等）
 - イ 手術により乳房を切除する治療
- (3) 申請する助成対象補整具等に係る購入費用について、国、他の地方公共団体等から同様の助成を受けていないこと。

(助成対象経費)

第 3 条 助成の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、助成対象者が前条第 2 号に規定する治療に伴う外見上の変化を補うために自ら使用する助成対象補整具等の購入費であって、次の表のとおりとする。ただし、送料等を除く。

区分	助成対象経費
ウィッグ等	ウィッグ本体（ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネット、部分ウィッグ及び髪付き帽子を含む。）、医療用帽子及び抗がん剤治療用頭皮冷却キャップの購入費。ただし、ウィッグ本体に含まれない附属品、ケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）を除く。

乳房補整具等	乳房の形を補正するための下着（下着に装着して使用するパッドを含む。）、人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）及び専用入浴着の購入費。
--------	--

2 この要綱による購入費用の助成金を受けることができる助成対象補整具等は、令和7年4月1日以降に購入したものとする。

（助成金の額及び交付回数）

第4条 助成金の額は、前条の表の区分ごとに、助成対象経費の2分の1に相当する額（その額に1,000円未満の端数が生じる場合にあっては、これを切り捨てた額）とし、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める金額を限度とする。

- (1) ウィッグ等 3万円
- (2) 乳房補整具等 3万円

2 助成金の交付は、前項各号に掲げる区分ごとに1人1回までとする。

（助成金の交付申請）

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、令和9年3月31日までに、令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- (1) 助成対象補整具等の本体の購入費用、購入日等が分かる領収書の写し
- (2) ウィッグ等を購入した者にあっては、副作用により脱毛が生じる治療（抗がん剤治療、放射線照射等）を受けたことが分かる診療明細書、治療方針計画書等の写し
- (3) 乳房補整具等を購入した者にあっては、手術により乳房を切除する治療を受けたことが分かる診療明細書、治療方針計画書等の写し
- (4) その他町長が必要と認める書類

（交付の決定）

第6条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容について速やかに審査し、助成の可否を決定するものとする。

2 町長は、前項の規定により助成金を交付すると決定したときは、申請者に対し、令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付決定通知書（様式第2号）により通知するものとする。

3 町長は、第1項の規定により助成金を交付しないことを決定したときは、申請者に対し、令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金不交

付決定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

（助成金の交付）

第7条 町長は、前条第2項の規定による通知をしたときは、当該交付の決定を受けた申請者に対し、速やかに助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第8条 町長は、申請者が虚偽の申請その他不正な手段により助成金の交付を受けたと認めるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第9条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	Ⓜ	電話番号		
	住所	〒		助成対象者との続柄	
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※助成対象者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	Ⓜ	電話番号		
	住所	〒			
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ等		(2) 乳房補整具等	
	物品の種類 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> ネット（ウィッグと同時に申請する場合のみ対象） <input type="checkbox"/> 髪付き帽子 <input type="checkbox"/> 医療用帽子 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療用頭皮冷却キャップ		<input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。） <input type="checkbox"/> 専用入浴着	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	※複数の場合は最も古い購入日を記入				
	購入費用 ×1/2 (千円未満切捨て)	ア	円	エ	円
	助成限度額	イ	30,000円	オ	30,000円
	基準額	《ア又はイのいずれか低い額》		《エ又はオのいずれか低い額》	
ウ		円	カ	円	
助成申請額		円（※ウとカの合計）			

確認事項		<input type="checkbox"/> 私は、次の事項を確認の上同意します。 ・助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。 ・町が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し疾病、治療内容等について調査することに同意します。						
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> 助成対象補整具等を購入した日付及び金額を証する書類 <input type="checkbox"/> ウィッグ等を購入した方は、副作用により脱毛が生じる治療（抗がん剤治療、放射線照射等）を受けたことを証する書類 <input type="checkbox"/> 乳房補整具等を購入した方は、手術により乳房を切除する治療を受けたことを証する書類 <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協					支店名	本店・支店 出張所
	口座番号						カナ	
	普通・当座 (どちらかに○)						口座名 義人	氏名

※助成対象者と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。ただし、未成年の場合は不要です。

委任状	
(宛先) 砥部町長 様	
年 月 日	
委任者 (助成対象者)	
住所	
氏名	⑩
次の者に砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金の受領を委任します。	
受任者 (口座名義人)	
住所	
氏名	

様式第2号（第6条関係）

砥部町指令第 号
年 月 日

様

砥部町長

印

令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金については、下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 助成対象者名
- 2 助成金額 金 円

（注意事項）

虚偽の申請その他不正な手段により助成金の交付を受けたことが明らかになったときは、既に交付された助成金の全部又は一部を返還しなければなりません。

様式第3号（第6条関係）

砥部町指令第 号
年 月 日

様

砥部町長



令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金不交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金について、下記の理由により交付しないことと決定しましたので通知します。

記

交付しない理由

--