

南三陸町アピアラヌスケア支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん治療に伴い容貌等に大きな変化が起きたことにより自分らしさへの喪失感を抱く町民に対し、町が補正具の購入費用の一部を助成することにより、その苦痛の軽減を図り、もって当該町民が社会参加しやすい環境を整えることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、第6条に定める申請の日において南三陸町に住所を有する者であって、がんと診断されてその治療を現に行い、又は行った者のうち、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 次条に規定する補正具のいずれかを必要とする状態であること
- (2) 対象者の属する世帯の世帯員に課されている地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（申請日が4月から8月までの期間である場合は申請日の属する年度の前年度分の市町村民税を、9月から翌年3月までの期間である場合は申請日の属する年度分の市町村民税をいう。）所得割額の合計が30万4,200円未満であること。
- (3) 町税に滞納がないこと。

(対象補正具)

第3条 助成の対象となる補正具は、次の各号のいずれにも該当するものであって、別表に定める種類のものとする。

- (1) 対象者が購入したものであること。
- (2) 購入に際し、他の法令等に基づく助成等を受けていないこと。

(対象経費及び助成額)

第4条 助成の対象となる経費は、別表に定める経費とする。

2 助成金の額は、前項に定める経費の額とし、補正具1種類につき別表に定める額を限度とする。

3 助成金の額に1円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てた額とする。

(助成回数)

第5条 同一の対象者に対する助成は、1種類につき1回限りとする。

(交付申請)

第6条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、南三陸町アピアラヌスケア支援事業助成金交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

2 前項の申請書は、助成の対象となる補正具の購入日の属する年度内に町長に提出しなければならない。ただし、当該購入日が年度の末日に近いことその他町長が特別の事情があると認めたときは、この限りでない。

(助成決定)

第7条 町長は、前条第1項の規定による申請書の提出があったときは、速やかに申

請の内容を審査し、助成金の交付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の交付の決定をしたときは南三陸町アピアランスケア支援事業助成金交付決定通知書（様式第2号）により、助成金を交付しない決定をしたときは南三陸町アピアランスケア支援事業助成金不交付決定通知書（様式第3号）により、申請者にそれぞれ通知するものとする。

（請求及び支払）

第8条 助成金の交付の決定を受けた者（以下「被交付決定者」という。）は、南三陸町アピアランスケア支援事業助成金請求書（様式第4号。以下「請求書」という。）により、助成金の交付を町長に請求するものとする。

2 町長は、前項の請求書の提出があったときはこれを審査し、適當と認めたときは速やかに助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第9条 町長は、被交付決定者が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

- （1） 第2条各号に掲げる要件を欠いたとき。
- （2） 被交付決定者が購入した補正具が第3条各号に掲げる要件を欠いたとき。
- （3） 虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたとき。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

別表（第3条関係）

補正具の種類	対象経費	上限額
医療用ウィッグ	本体及び皮膚を保護するためのネットの購入経費（当該補正具に附帯する附属品、消耗品等の購入経費を除く。）	30,000円
乳房補正具（右用）	補正パット並びに人工乳房及びこれらを固定する下着の購入経費（当該補正具に附帯する附属品、消耗品等の購入経費を除く。）	30,000円
乳房補正具（左用）	補正パット並びに人工乳房及びこれらを固定する下着の購入経費（当該補正具に附帯する附属品、消耗品等の購入経費を除く。）	30,000円

様式第1号（第6条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

南三陸町長様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 一 一

南三陸町アピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
治療したがんの種類				
補正具の種類	医療用ウィッグ・乳房補正具（右）・乳房補正具（左） (該当する種類に○をつけてください。)			
購入年月日	年 月 日	購入額	円	
申請額	円			
添付書類	治療説明書、診断書、治療方針計画書等治療内容を確認できる書類の写し 補正具を購入したことが確認できる書類の写し			

備考 申請額には、購入額に記載した金額又は3万円（乳房補正具を左右両方購入した場合は6万円）のいずれか低い方の金額を記入してください。

様式第2号（第7条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

南三陸町長

年 月 日付けで申請のあった南三陸町アピアランス助成金について
、下記のとおり交付することと決定しました。

記

- 1 交付決定額
円
- 2 補正具の種類

様式第3号（第7条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金不交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

南三陸町長

年 月 日付けで申請のあった南三陸町アピアランス助成金について
、下記の理由により交付しないことと決定しました。

記

不交付の理由

様式第4号（第8条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金請求書

年 月 日

南三陸町長様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 一 一

南三陸町アピアランスケア支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請 求 額		円		
振 込 先	金融機関名	(金融機関の名称及び支店等の名称を記入してください。)		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ 氏名		