

南大隅町がん患者乳房補正具購入費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、手術療法による乳房切除等の乳がん治療による外見変貌を補完する乳房補正具(以下「補正具」という。)の購入費用の一部を助成することにより、乳がん患者の心理的負担を軽減するとともに、就労等の社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 助成の対象者は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者(以下「対象者」という。)とする。

- (1) 本町に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がんの治療(外科的治療等)を受けた者又は現在受けている者
- (3) 申請前に、既に助成事業及び他の助成制度等により助成又は給付を受けていない者(他市町村で本事業の給付を受けた者は対象外とする。)

(助成内容)

第3条 助成対象となる補正具は、外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補正下着(下着と共に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。)、人工乳頭等とし、本体価格に含まれない付属品及びケア用品、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外とする。

2 前項に規定する助成の対象となる補正具は、令和5年4月1日以降に購入したものに限る。なお、人工乳房及び人工乳頭については、両側乳がんを除き、1人1台に限る。

(助成金の金額及び回数)

第4条 助成金の額は、対象経費と20,000円のいずれか少ない方の額とする。

2 助成金の交付申請及び受領は、対象者1人につき1回限りとする。

(申請)

第5条 本事業を利用したい者又は家族(以下「申請者」という。)は、南大隅町がん患者乳房補正具購入費助成事業交付申請書兼請求書(別紙様式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。ただし、町長が別に定める場合は、この限りでない。

- (1) 乳がん治療に伴う外科的治療等を受けたこと又は受けていることを証明する書類(診療明細書、治療方針計画書等)
- (2) 乳房補正具等を購入したことを証明する書類(商品名、金額、金額の明細、領収日、申請者の氏名、発行元の名称、住所が記載された領収書。乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが備考等に記載されているもの。)
- (3) その他町長が必要と認める書類

2 申請期限は、対象となる乳房補正具の購入日の属する年度内とする。

3 対象者以外の者が申請人となる場合は、委任状(別紙様式第2号)を提出しなければならない。ただし、対象者が未成年の場合を除く。

(助成金の交付決定または却下通知)

第6条 町長は、前条の規定による申請書を受理した時には、速やかにその内容を審査し、交付することが適当と認めるときは、南大隅町がん患者乳房補正具購入費助成事業交付決定及び交付確定通知書(以下「決定通知」という。)(別紙様式第3号)により、交付することが不適当と認めるときは、南大隅町がん患者乳房補正具購入費助成事業交付却下通知書(別紙様式第4号)により申請者に通知するものとする。

ただし、町長が別に定める場合には、この限りではない。

2 町長は、決定通知を行ったときは、速やかに助成金を交付するものとする。

3 町長は、決定通知を行ったときは、決定通知の写しを鹿児島県知事に提出するものとする。

(取り消し及び返還)

第7条 町長は、偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けた者がいるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(資格確認及び意見聴取)

第8条 町長は、申請者が第2条各号の規定に該当するか確認するため、住民基本台帳情報を参照するとともに、必要に応じて関係機関に問い合わせることができるものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほかに、この事業の実施に必要な事項は、町長が別に定める。

附則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。