

令和4年度 猪名川町がん患者アピランスサポート事業

猪名川町では、薬物療法・放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除などを受けた人に対し、がん患者の外見や外観（アピランス）に対する心理的負担を軽減するとともに、就労等社会参加を促進し、療養生活の質の維持向上を図るため、補正具の購入費用の一部を助成します。

1 助成を受けることができる人

助成の対象となる人は、以下の①～⑤のすべてに該当する人です。

- ① 助成申請されるときに、猪名川町に住民票があること
- ② 「がん」と診断され、その治療を受けた、又は現に受けている人
- ③ 対象となる補正具（2（1））を購入される人
- ④ 別表1の所得要件を満たしている人
- ⑤ 過去に猪名川町以外の自治体から、対象補正具と同様の助成を受けていない人

別表1

対象補正具を購入した者	前年（1月から5月の申請にあつては前々年）の所得額
未成年の場合（既婚の場合を除く）	対象補正具を購入した者と生計を一にする親権者全員の所得額（児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条に定める所得額をいう。以下同じ。）の合計が400万円未満
成年かつ未婚の場合	対象補正具を購入した者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

2 助成内容

(1) 対象となる補正具と助成金

区分	要件	台数	助成上限額
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの（装着時に皮膚を保護するネット含む）。1人1台に限る。	医療用ウィッグ＋保護ネット、毛付き帽子（医療用）、医療用帽子のいずれか1台	5万円
乳房補正具	補正下着（下着とともに使用するパッド含む）	補正下着か人工乳房のいずれか。人工乳房については、両側乳がんを除き1台	1万円
	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。）		5万円

(2) 助成回数

医療用ウィッグ、乳房補正具それぞれ1回限り。

※医療用ウィッグと補正下着の助成は6万円まで、医療用ウィッグと人工乳房の助成は、10万円までとなります。

(3) 申請期限

- ① 4月～12月までの間に助成対象補正具を購入した場合：購入日の属する年度内
- ② 1月～3月までの間に助成対象補正具を購入した場合：購入日の翌日から数え始めて90日以内です。

(4) 申請方法

「(5) 申請書類」を申請期限内に猪名川町保健センターへ提出してください。

(5) 申請書類

- ① 猪名川町がんアピアランスサポート事業助成申請書兼請求書
- ② がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類）
※原本を保健センターにお持ちいただき、保健センターでコピーします。
- ③ 助成の対象となる補正具の購入に係る領収書（申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。医療用ウィッグ（帽子含む）は医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考欄等に記載されているもの。）
※原本を保健センターにお持ちいただき、保健センターでコピーします。
- ④ 振込先口座の通帳やカードなど、金融機関や口座番号などが確認できるもの
- ⑤ 申請者の属する世帯の住民票（発行日から3か月以内で続柄の記載のあるもの。本籍省略可。マイナンバーの記載のないもの。ただし、町の住民基本台帳等を確認することに同意があれば、世帯調書を（様式第2号）を提出に変えることができます。
- ⑥ 別表1に記載する所得額を証明できる書類（市町村長が発行する市町村・県民税課税（所得）証明書）。ただし、町が該当者等の税務情報調査に同意された場合は省略できます。

・令和4年4月～5月に申請される場合

「令和2年度分（所得は令和元年度分）市町村・県民税課税（所得）証明書」

※令和2年1月1日に住民票のある市町村での発行となります。

・令和4年6月～令和5年3月に申請される場合

「令和4年度分（所得は令和3年度分）市町村・県民税課税（所得）証明書」

※令和3年1月1日に住民票のある市町村での発行となります。

補助対象補正具を購入した人	所得額を証明できる書類
20歳未満で未婚の人	本人と生計を一にする親権者全員 ※生計が別の場合は不要
20歳以上で未婚の人	本人のみ
20歳以上で既婚の人	本人とその配偶者

※書類に必要な費用は自己負担になります。

【参考】所得の算出方法（児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条に定める所得額

(1) 所得額・・・総所得、退職所得、山林所得、土地等に係る事業所得等、長期及び短期譲渡所得、先物取引に係る雑所得等などの合計

(2) 児童手当法施行令第3条第1項の控除額・・・一律8万円

(3) 控除額

雑損控除（実額）・医療費控除（実額）・小規模企業共済等掛金控除（実額）・障害者控除（普通：27万円、特別：40万円）、寡婦（夫）控除（普通：27万円、特別：35万円）、勤労学生控除（27万円）

「(1) 所得額」 － 「(3) 控除額」 － 「(2) 8万円」 ＝ 判定の対象となる所得額

※判定の対象となる所得額が「マイナス」となる場合は、0円として計算します。

市町村長の発行する市町村・県民税課税（所得）証明書で確認します。

※町長が住民税課税資料により所得額を確認することに申請者が同意した場合は、この限りでない。

猪名川町生活部住民課健康づくり室

猪名川町保健センター

〒666-0233

猪名川町紫合字北裏763

電話：072-766-1000

ファックス：072-766-4414