

豊見城市がん患者アピアランスケア支援事業実施要領

(目的)

第1条 がん患者のがん治療による外見変貌を補完する補整具（ウィッグ又は乳房補整具）の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の心理的・経済的負担軽減及び療養生活の質の向上、社会参加の促進に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 本事業において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

- (1) ウィッグ
がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ（かつら）をいう。
- (2) 乳房補整具
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整下着又はシリコンパッド等の胸部補整具をいう。

(対象者等)

第3条 本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 助成金の交付申請日において、豊見城市に居住、住民基本台帳に記録されている者
- (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者であって、当該治療による外見変貌を補完する補整具を必要とする者であること。
- (3) 申請を行う補整具に対して、他の助成等を受けていないこと。
- (4) 過去に他の自治体にて、第2条に掲げる補整具の購入に係る助成金の交付を受けていないこと。
- (5) 別表に掲げる医療機関のがん相談支援を受けていること。但し、指定医療機関へのがん相談支援ができない等相当の理由がある場合は除く。

(助成対象経費)

第4条 助成金の対象経費は、次に掲げる補整具の購入額とする。ただし、付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）、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。

- (1) ウィッグ及び装着に必要な頭皮保護用のネット
- (2) 乳房補整具

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、第3条に定める対象者1人につき、第4条に定める補整具毎に次の金額を限度とする。

- (1) ウィッグ（装着に必要な頭皮保護用のネットを含む） 2万円
- (2) 乳房補整具（左側） 2万円
- (3) 乳房補整具（右側） 2万円

2 助成金の交付は、対象者1人につき第1項に掲げる対象用具の区分毎に1回限りとする。

（交付の申請）

第6条 第3条に定める対象者で助成金の交付を受けようとする者（その者が未成年の場合はその法定代理人。）（以下「申請者」という。）は、アピアランスケア支援事業申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類
- (2) 対象補整具の購入に係る領収書（購入日（同日であれば、領収日も可）、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。）
- (3) 現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等）
- (4) 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請の期限については、次のとおり取り扱うものとする。

- (1) 原則、購入した年度の4月～2月までとする。但し、2月末日以降に補整具を購入した等などにより申請期限を超える場合は、以下の範囲内で申請を受付けることとする。
 - ・ 4月から12月までの間に補助対象の補整具を購入した場合
購入日が属する年度の3月15日まで
 - ・ 1月から3月までの間に補助対象の補整具を購入した場合
購入日の翌日から起算して90日を経過した日まで

3 市長は、申請が行われた日を基準に、助成対象年月日を判定するものとする。

4 市長は、助成の実施及び審査のため必要があると認めたときは、申請書の記載事項について、申請者、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して、聴取することができる。

（交付決定及び通知）

第7条 市長は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金を交付すべきと認めたときは、アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書（様式第2号）により、助成金を交付しないと決定したときは、アピアランスケア支援事業補助金交付不承認通知書（様式第3号）により、それぞれ申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第 8 条 市長は、前条の規定により助成金の交付の決定をしたときは、速やかに助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

(県への意見聴取)

第 9 条 市長は、本事業利用の決定にあたり、必要と認める場合には、県の意見を求めることができる。

(助成金の返還)

第 10 条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により助成金の支給を受けた者に対し、その全部又は一部を返還させることができる。

(関係台帳の整備)

第 11 条 市長は、助成金の交付の決定の状況を明らかにしておくため、アピアランスケア支援事業台帳（様式第 4 号）を備え、必要な事項を記載するものとする。

(個人情報の取扱い等)

第 12 条 市長は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するとともに申請者及びその家族の心情に充分配慮した対応を取るものとする。

(その他)

第 13 条 この要領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

この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

別表

医療機関名
琉球大学医学部附属病院 がん相談支援センター
沖縄県立中部病院 がん相談支援センター
那覇市立病院 がん相談支援センター
北部地区医師会病院 がん相談支援センター
沖縄県立宮古病院 がん相談支援センター
沖縄県立八重山病院 がん相談支援センター

アピアランスケア支援事業申請書

年 月 日

(あて先) 豊見城市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市町村から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- 市町村から購入先に対し購入内容について照会すること。
- 市町村から県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。

1 対象がん患者	ふりがな				申請者との関係	
	氏名					
	住所	□申請者と同じ				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)				
2 補助対象経費	補整具の種類 【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補整具 (右側)	乳房補整具 (左側)		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用 (税込)	ア 円	エ 円	キ 円		
	補助限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円		
	補助対象額	ウ 【ア・イのうち低い額】 円	カ 【エ・オのうち低い額】 円	ケ 【キ・クのうち低い額】 円		
3 補助申請額						円
4 確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、他の補助等を受けていない <input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、過去に沖縄県内の他の市町村から補助を受けていない <input type="checkbox"/> 下記のいずれかの医療機関のがん相談支援センターでがん相談支援を受けている					
	相談医療機関 【該当を○で囲む】	琉球大学病院	県立中部病院	那覇市立病院		
		北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院		
	直近の相談日	年 月 日				
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療の受療している (していた) ことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書の写し (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。) <input type="checkbox"/> 現住所及び生年月日が確認できる書類 (マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。対象者が未成年である場合は、対象者の者に加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。ただし、市町村において確認が可能な場合は省略可。)					
6 振込	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 当座 その他	
	口座名義	※カタカナで記載。申請者と同一であること。		口座番号		
特記事項 (行政機関使用欄)						

様式例第2号

号

年 月 日

様

豊見城市長 徳元 次人

アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありましたアピアランスケア支援事業について、下記のとおり承認します。

記

- 1 対象者名
- 2 補助金額金 円
- 3 支給予定 年 月 日
- 4 振込先 申請書記載のとおり

様式例第3号

号

年 月 日

様

豊見城市長 徳元 次人

アピアランスケア支援事業補助金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請のありましたアピアランスケア支援事業について、下記の理由により不承認とします。

記

対象者名

不承認の理由

アピアランスケア支援事業台帳

○年度 豊見城市

【1. ウィッグ】

申請年月日	対象者氏名	生年月日	購入年月日	購入金額(税込)	補助対象額	補助決定状況	備考
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	

【2. 乳房補整具(右側)】

申請年月日	対象者氏名	生年月日	購入年月日	購入金額(税込)	補助対象額	補助決定状況	備考
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	

【3. 乳房補整具(左側)】

申請年月日	対象者氏名	生年月日	購入年月日	購入金額(税込)	補助対象額	補助決定状況	備考
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	

補助対象額：20,000円または購入金額(税込)を比較して低い額