

令和5年12月28日部長決裁

## 令和5年度 豊見城市がん患者アピ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、豊見城市に住所を有する者
- (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つて、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) 過去に本要領によ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。

### (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) 補整下着等の胸部補整具

### (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) 補整下着等の胸部補整具（左側） 2万円
- (3) 補整下着等の胸部補整具（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、豊見城市がん患者アピアランスケア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、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領していることが分かる書類
- (2) 領収書の写しなど対象補整具を購入したことが分かる書類（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 前項の交付申請については、令和5年4月1日から令和6年3月31日までに購入した補整具を対象とし、申請期限については令和6年6月28日までとする。

（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、豊見城市がん患者アピアランスケア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と決定したときは、豊見城市がん患者アピアランスケア助成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。

(助成金の返還)

第9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10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、豊見城市がん患者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11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12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2月1日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

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

様式第2号（第7条関係）

番 号  
年 月 日

申請者氏名

市長名

豊見城市がん患者アピアランスケア助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました豊見城市がん患者アピアランスケア助成金について、次のとおり交付することになりましたので、豊見城市がん患者アピアランスケア支援事業実施要領第7条の規定により通知します。

記

- 1 対象者名
- 2 助成金額 円
- 3 振込先 申請書記載のとおり

様式第3号（第7条関係）

番 号  
年 月 日

申請者氏名

市長名

豊見城市がん患者アピアランスケア助成金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました豊見城市がん患者アピアランスケア助成金について、次の理由により不承認と決定しましたので、豊見城市がん患者アピアランスケア支援事業実施要領第7条の規定により通知します。

記

対象者名

不承認の理由