

つくばみらい市告示第 22 号

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱を次のように定める。

令和5年 3 月15日

つくばみらい市長 小 田 川



つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱

つくばみらい市がん患者医療用ウィッグ購入費の助成に関する要綱（平成29年告示第40号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この告示は、がん患者でがんの治療に伴う外見上の変化が生じた者の経済的及び心理的負担を軽減するとともに、就労等の社会参加を促し、療養生活の質の向上を図るため、アピアランスケアに係わる物品（以下「アピアランスケア用品」という。）を購入又はレンタル（以下「購入等」という。）をする場合に、その経費の一部又は全部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

（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、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- （1） 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されている者（以下「市民」という。）
- （2） アピアランスケア用品の購入をした日から第5条の申請を行う日（以下「申請日」という。）に市民である者（レンタルの場合は、レンタルを受けていた期間の全部又は一部並びに申請日に市民である者）
- （3） 現にがん治療を受けている者又は過去にがん治療を受けていた者で治療の副作用による外見上の変化が生じた者
- （4） 市税に滞納のない者
- （5） 過去に他の都道府県及び市区町村において申請する補正具等の購入等に対する助成等を受けていない者

（助成の対象となる経費）

第3条 助成金の交付対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、助成対象者が前条第2号に規定する治療に伴う外見上の変化を補うために自ら使用するアピアランスケア用品であって、次の各号に掲げるものの購入等に係る経費とする。ただし、申請日から1年以内に購入したものに限る。（レンタルの場合は、申請前1年以内に支払った額に限る。）

- （1） ウィッグ（脱毛による外見の変化に対応するために使用するものをいう。）

- (2) 乳房補正具(手術による乳房の形の変化に対応するために使用するものをいう。)
- (3) その他、エピテーゼ等の外見の変化に対応するために使用するケア用品で、市長が認めるもの

2 次に掲げる経費については、助成対象経費から除く。

- (1) 送料、運搬料、交通費等(本体の価格に含まれる場合を除く。)
- (2) 補正具を自作した場合等における材料費その他制作に要した経費
(助成金の額)

第4条 アピアランスケア用品の購入等の経費に対する助成額(以下「助成金」という。)は、次の表のとおりとする。

アピアランスケア用品の種類	助成金の額
(1) ウィッグ (全頭かつら、装着用のネットを含む。)	左欄に係る助成対象経費の合計額と10,000円とのいずれか少ない方の額
(2) 乳房補正具 (乳がん術後用の補正下着、術後胸帯、人工乳房、パット等)	左欄に係る助成対象経費の合計額と10,000円とのいずれか少ない方の額
(3) その他、アピアランスケア用品 (アピアランスケア用品に係わる附属品、ケア用品、部分的なかつら、エピテーゼ等)	左欄に係る助成対象経費の合計額と10,000円とのいずれか少ない方の額

2 アピアランスケア用品の購入等の経費において、いばらきがん患者トータルサポート事業(以下「社会参加サポート事業」という。)による補助を受けることができる者に係る前項の助成金の額は、その要した経費から社会参加サポート事業の補助額を控除した額を購入等の経費として算出する。

3 助成回数は、対象者1名につき各種類1回限りとする。

(助成金の交付申請)

第5条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、原則として、購入等をした日の翌日から起算して1年以内につくばみらい市アピアランスケア用品購入費等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、市長に申請しなければならない。

- (1) 購入等に係る内容や金額の分かる書類(領収書等)
- (2) がん治療の受診を証明する書類(お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等)
- (3) いばらきがん患者トータルサポート事業補助金交付決定及び交付額決定通知書
- (4) その他市長が必要と認める書類

(助成金の交付の決定等)

第6条 市長は、前条の申請があった場合は、その内容を審査の上、助成の可否を決定し、つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付(不交付)決定通知書(様式第2号)により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項に規定する助成金の交付を決定したときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の交付の取消し)

第7条 市長は、偽りその他の不正な手段により助成金の交付決定を受けたときは、助成金の交付決定を取り消すことができる。

2 市長は、前項の規定により交付決定を取り消した場合において、助成金の交付決定を受けた者に対し、つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付決定取消通知書（様式第3号）により通知するものとする。

（助成金の返還）

第8条 市長は、前条第1項の規定により助成金の交付決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分について、既に助成金が交付されているときは、助成金の交付を受けた者に対し期限を定めてつくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成返還金請求書（様式第4号）により、返還を請求することができるものとする。

（補則）

第9条 この告示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

この告示は、令和5年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

(申請者) 住所 _____
 氏名 _____
 続柄 _____ 電話番号 _____

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定のために、つくばみらい市が保有する住民基本台帳等を確認すること及び医療機関等に治療内容及び購入・レンタル内容を照会することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 (電話番号)		がん種
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他 ()
がん治療の受診を証明する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 () ※いずれかを○で囲んでください。			
助成対象経費	区分	①ウィッグ (装着用のネット含む)	②乳房補正具 (補正下着等)	③その他、アピアランスケア用品(ケア用品等)
	他の助成金の受給の有無	有・無	有・無	有・無
	領収書等の日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入・レンタル費用(A)	円(税込)	円(税込)	円(税込)
	茨城県補助額(B)	円	円	
	A-B (C)	円	円	円
	助成上限額 (D)	10,000 円	10,000 円	10,000 円
	助成金申請額 C、Dの少ない方の額	E 円	F 円	G 円
合計申請額(E+F+G)	円			
振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協			本店・支店(支所)
口座種別・番号	普通・当座			
フリガナ				
口座名義人				

市処理欄	住民となった日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 市税滞納(有・無)			
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	確認者		

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付 (不交付) 決定通知書

第 年 月 日 号

様

つくばみらい市長



年 月 日付で申請のありましたつくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金について、次のとおり決定したので、つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により通知します。

交付
交付決定額

円

不交付
不交付の理由
()

様式第3号（第7条関係）

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

つくばみらい市長



年 月 日付第 号で交付決定したつくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金について、つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり取り消したので通知します。

- 1 取消金額 円
- 2 取消事由

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金返還請求書

第 号
年 月 日

様

つくばみらい市長



年 月 日付第 号で交付決定したつくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金について、すでに交付した助成金を次のとおり返還されるようつくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第8条の規定により請求します。

- 1 返還金 円
- 2 返還期限 年 月 日
- 3 請求理由