

宜野湾市告示第40号

宜野湾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7年3月31日

宜野湾市長 佐喜眞 淳

宜野湾市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の治療による外見の変化を補完する補整具（ウィッグ又は乳房補整具）の購入費用を一部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を図るため、予算の範囲内において、宜野湾市がん患者アピアランスケア支援事業助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に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ト等の胸部補整具をいう。

(対象者)

第3条 対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 助成金の申請日において、宜野湾市に住所を有する者であること。
- (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者であって、当該治療による外見の変化を補完する補整具を必要とするものであること。
- (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) 申請を行う補整具に対して、過去に沖縄県内の市町村から助成を受けていないこと。

(助成対象経費)

第4条 助成の対象経費は、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

(助成金額)

第5条 助成金額は、第3条に定める対象者1人につき、第4条に定める補整具ごと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

(助成の申請等)

第6条 第3条に定める対象者で助成を受けようとするもの（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助成金申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）に次の書類を添え、市長に申請しなければならない。

(1) がん治療を受療している又は受療していたことが分かる書類（診療明細書の写し等）

(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）、品目及び金額が記載されていること。乳房補整具については、「左側」「右側」の別が備考欄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) 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の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、次のとおりとする。

(1) 4月から12月までの間に助成対象の補整具を購入した場合 購入日の属する年度内

(2) 1月から3月までの間に助成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、助成対象年度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の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。

(助成金の交付決定及び通知)

第7条 市長は、前条の申請があった場合は、その内容について審査の上、助成金の交付を決定したときは、アピアランスケア支援事業助成金交付決定通知書（様式第2号）を

速やかに申請者に通知するものとする。

2 市長は、審査の結果、助成を不承認とすることを決定したときは、その理由を付したアピアランスケア支援事業助成金交付不承認通知書（様式第3号）を速やかに申請者に送付するものとする。

（助成金の支給）

第8条 市長は、前条第1項の規定により助成金の交付の決定をしたときは、速やかに助成金を当該申請者の指定する口座に振込むものとする。

（助成金の返還）

第9条 市長は、虚偽又は不正行為により助成金の支給を受けた者に対し、助成金の全部または一部を返還させるものとする。

（関係台帳の整備）

第10条 市長は、アピアランスケア助成金交付台帳（様式第4号）を備え、必要な事項を記載し、管理するものとする。

（個人情報の取り扱い等）

第11条 本事業の実施にあたっては、個人情報の取り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 この要項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7年4月1日から施行する。

アピアランスケア支援事業助成金申請書

年 月 日

(あて先) 宜野湾市長 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助成を申請します。

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 助成対象経費	補整具の種類 <small>【購入用具を○で囲む】</small>	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	
	助成限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円	
	助成対象額	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 助成申請額	円				
4 確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、他の助成等を受けていない。 <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助成を受けていない。				
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどが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原本 (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目及び金額が記載されていること。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、本市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)					

様式第2号(第7条関係)

第 号
年 月 日

申請者氏名

宜野湾市長 印

アピアランスケア支援事業助成金交付決定通知書

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 助成金額金 円
- 3 支給予定 年 月 日
- 4 振込先 申請書記載のとおり

様式第3号(第7条関係)

第 号
年 月 日

申請者氏名

宜野湾市長 印

アピアランスケア支援事業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 宜野湾市

【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)	助成対象額	助成決定状況	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)	助成対象額	助成決定状況	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)	助成対象額	助成決定状況	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	

助成対象額：20,000円または購入金額(税込)を比較して低い額