

鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん患者に対し、がん治療に伴う外見の変化を補完する医療用補整具の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の経済的及び精神的な負担を軽減し、治療と社会参加等の両立を支援することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 医療用補整具 医療用ウィッグ及び乳房（胸部）補整具をいう。
- (2) 医療用ウィッグ がん治療に伴う脱毛に対応するために着用する頭部の全てを覆うウィッグで、装着に必要な頭部保護用のネットを含む。
- (3) 乳房（胸部）補整具 手術による乳房の変化に対応するための補整下着、補整パッド、専用入浴着又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）

(対象者)

第3条 本事業の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第6条に規定する交付申請の日において、本市に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がんの治療（薬物療法、放射線治療、手術等）を受けた者又は現在受けている者
- (3) 他の制度において医療用補整具の購入助成又は給付を受けていない者

(助成対象経費)

第4条 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、医療用補整具の購入に要する費用とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、医療用補整具購入のために要する交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用及び当該医療用補整具に付属する物品、ケア用品等の購入に係る費用は助成対象経費としない。
- 3 医療用ウィッグについては、対象者1人につき1台の購入に要する費用とする。ただし、過去に鹿屋市がん患者ウィッグ購入費用助成事業実施要綱(令和4年鹿屋市告示第199号)において購入費用の助成を受けている場合は、この要綱に規定する医療用ウィッグの購入に係る費用は助成対象経費としない。

(助成金の額等)

第5条 助成金の額は、前条第1項に規定する助成対象経費と次の各号に掲げる区分ごとに定める額とを比較していずれか少ない方の額とする。

(1) 医療用ウィッグ 2万円

(2) 乳房補整具 1万円

2 助成金の交付は、対象者1人につき前項各号に掲げる区分ごとに1回限りとする。

(助成金の交付申請)

第6条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、「鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書（別記第1号様式）」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) がんの治療を受けている又は受けていたことを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）

(2) 医療用補整具を購入したことを証明する書類（品名及び金額が記載された領収書）

(3) その他市長が必要と認める書類

2 助成金の交付申請は、医療用補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内とする。

(助成金の支給)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査の上、助成金額を決定し、鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業交付決定及び交付確定通知書（別記第2号様式）を速やかに申請者に送付するとともに、助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、交付することが不適当と認めたときは、鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業交付却下通知書（別記第3号様式）により申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた者があるときは、その者から既に支給した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(個人情報取扱い等)

第9条 市長は、本事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意するものとする。

(その他)

第10条 この要綱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

この要綱は、令和6年7月5日から施行し、令和6年4月1日以後に購入した医療用補整具に適用する。

別記
第1号様式（第6条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付に当たり、住民基本台帳その他の公簿等の閲覧及び関係医療機関等へ照会することについて同意します。

申請者	フリガナ					対象者との続柄		
	氏 名							
	住 所	〒				電 話 番 号		
対象者	フリガナ					生 年 月 日		
	氏 名	□申請者と同じ				年 月 日		
	住 所	〒				□申請者と同じ		
が ん の 治 療 状 況		医療機関名						
		主 治 医 名			治療方法	□手術 □化学 □放射線 □その他（ ）		
申請内容	区 分	医療用ウィッグ			乳房補整具			
	過去の受給の有無*1	□ 有 □ 無			□ 有 □ 無			
	購 入 年 月 日	年 月 日			年 月 日			
	購 入 費（税込）①	円			円			
	助 成 上 限 額 ②	20,000円			10,000円			
	助 成 申 請 額 ①又は②のいずれか少ない額	円			円			
振 込 先		銀行・農業協同組合 信用金庫・（ ）				本店 支店		
		種 別	口 座 番 号				口座名義人（カタカナ）	
		普通・当座						
※口座名義人が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 _____ 氏名 _____（申請者との続柄： ） 委任者（申請者）氏名 _____ (署名又は記名押印)								

*1 過去に他の同様の購入助成を受けたことがある場合（他市町村含む）、「有」に☑を付けてください。

【添付書類】

- (1) 対象者ががんの治療を受けている又は受けていたことを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）
- (2) 医療用補整具等を購入したことを証明する書類（品名及び金額が記載された領収書）
- (3) 申請者本人を確認する書類の写し（住民票、運転免許証、医療保険証等）
- (4) 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類

第2号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 

鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業交付決定及び交付確定通知書

年 月 日付けで申請のあった鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業については、下記の
のとおり決定し、交付額は、交付決定額と同額に確定したので通知します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 交付決定額及び交付確定額 金 円
- 3 支給予定日 年 月 日
- 4 振込先 申請書記載のとおり

第3号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 

鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業交付却下通知書

年 月 日付けで申請のあった鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業については、下記の理由により申請を却下することと決定しましたので通知します。

記

1 却下の理由