

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金交付要綱

令和5年8月25日制定

(目的)

第1条 この要綱は、薬物療法・放射線療法による脱毛や乳房の切除など、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化の悩みをかかえているがん患者に対し、ウィッグ等の補整具購入及びレンタルに係る費用を補助することにより、がん患者の心理的及び経済的負担を軽減するとともに、治療を受けながら、がんに罹患する前と変わらず、地域社会で自分らしく生活できるよう社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(補助対象者)

第2条 日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金（以下単に「補助金」という。）の交付の対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請日において日野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
- (3) がん治療に伴う脱毛、乳房の切除等により、就労、社会参加等に支障があり、又は支障が出るおそれがあり、補整具が必要となっている者
- (4) 他の法令等に基づく同種の補助等を受けていない者
- (5) 過去にこの要綱による補助金の交付を受けたことがない者

(補助対象経費)

第3条 補助の対象となる経費は、次に掲げる補整具の購入及びレンタルに係る費用とする。ただし、本体に含まれない付属品又はケア用品、購入のために要した交通費、郵送費等は補助の対象外とする。

- (1) 医療用ウィッグ等（装着用ネット、毛付き帽子を含む。）
- (2) 胸部補整具（補整下着、シリコンパッド等、また着脱に必要な接着剤及び剥離剤含む。）

(補助金の交付額)

第4条 補助金の交付額は、補整具の購入及びレンタルに係る費用（消費税を含む。）と20,000円のいずれか少ない額とし、予算の範囲内で交付する。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、補整具を購入及びレンタルした日（当該日が令和4年9月1日以後であるものに限る。）の翌日から起算して1年以内に日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金交付申請書兼請求書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) がんの治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等の写し）
- (2) 補整具を購入及びレンタルした日付及び金額の明細がわかる書類（領収書等原本）

(3) その他市長が必要と認める書類

(補助金の交付決定及び通知)

第6条 市長は、前条の規定により補助金の申請があったときは、その内容を審査し、補助金の交付が適当と認められるときは日野市がん患者へのアピアランケア支援補助金交付決定通知書(第2号様式)により、補助金の交付が不適当と認めるときは、日野市がん患者へのアピアランケア支援補助金交付申請棄却(却下)決定通知書(第3号様式)により、申請者に通知するものとする。

(補助金の交付)

第7条 市長は、前条の規定により補助金の交付決定をしたときは、当該交付決定をした者に対し、補助金を交付するものとする。

(補助金交付決定の取消し)

第8条 市長は、補助金の交付決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 補助金の交付決定の内容に違反したとき。

(2) 虚偽その他の不正の行為により補助金の交付を受け、又は受けようとしたとき。

2 市長は、前項の規定による取消しをした場合において、補助金が既に交付されているときは、補助金の交付を受けた者に対し、当該補助金を返還させることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要綱は、令和5年9月1日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金交付申請書兼請求書

（あて先）日野市長 _____ 年 月 日

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請いたします。また、補助金決定後は、その決定額を請求します。なお支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。また、申請にあたり、日野市長が、補助対象者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

補助対象者	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日（歳）
がんの治療状況	医療機関名			
	治療開始時期	年 月 から		
	治療方法	①手術 ②放射線 ③薬剤 ④その他（ ）		
購入（レンタル）した補整具	種別	購入(レンタル)年月日	購入(レンタル)額	合計金額(ア)
	医療用ウィッグ等	年 月 日	円	円
	乳房補装具	年 月 日	円	
申請金額の算定	購入（レンタル）合計金額（ア）	補助上限額（イ）	（ア）と（イ）のいずれか低い額（ウ）	補助金申請金額（ウ）
	円	20,000 円	円	円
確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる対象経費について、過去、または他の法令等に基づく同種の補助等の受給の有無 有・無			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けた）ことを証明する書類 ①お薬手帳 ②診療明細書 ③治療計画書 ④その他（ ） <input type="checkbox"/> 領収書の原本及びその明細書原本			
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	普通 当座
	口座番号		金融機関コード	店番号
	口座名義人 ※上記申請者と同一	(フリガナ)		
<p>※口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。</p> <p>【委任状】 私は、上記の口座名義人に当該補助金の受領について委任いたします。</p> <p>年 月 日 （申請者）氏名</p>				

第2号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

日野市長

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金
交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました補助金について、日野市がん患者へのアピアランス
ケア支援補助金交付要綱第6条の規定により交付をすることに決定しましたので通知します。

記

1. 補助金の名称 日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金
2. 交付決定額 円

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

日野市長

日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金
交付申請棄却（却下）決定通知書

年 月 日付けで申請がありました補助金について、日野市がん患者へのアピアランスケア支援補助金交付要綱第6条の規定に基づき、交付申請棄却（却下）が決定しましたので通知します。

記

<交付申請棄却（却下）理由>