

## 石垣市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、がん患者のがん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）の購入費用の一部を石垣市アピアランスケア支援事業助成金（以下「助成金」という。）として助成することにより、がん患者の心理的及び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。

### (交付対象者)

第3条 助成金の交付の対象者（以下「対象者」という。）は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 石垣市内に住所を有する（住民基本台帳に記録されている）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) 申請を行う補整具に対して、過去に他自治体から助成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。ただし、指定医療機関へのがん相談支援ができない等相当の理由がある場合は除く。

### (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、ブラシ等）、購入のために要した交通費、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

2 助成金の交付は、対象者1人につき前1項に掲げる補整具の区分ごとに1回限りとする。

### (交付申請)

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、石垣市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) 診療明細書の写し等がん治療を受療していることが分かる書類
- (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、金額入り。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。ただし、石垣市で確認が可能な場合は省略できるものとする。)
- (4) 助成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 前項の申請の期限については、次のとおり取り扱うものとする。

- (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まで
- (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、購入先等に対して、聴取することができる。

(助成金の支給)

第7条 市長は前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し石垣市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 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した石垣市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。

(県への意見聴取)

第8条 市長は本事業利用の決定に当たり、必要と認める場合には県の意見を求めることができる。

(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、石垣市アピアランスケア支援事業台帳(様式第4号)を備え、必要な事項を記載しておくこととする。

(個人情報の取扱い)

第11条 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。

(委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

別表（第3条関係）

医療機関名	
琉球大学病院	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

## 石垣市アピアランスケア支援事業助成金申請書

年 月 日

石垣市長

様

(申請者) (〒907- )

住 所 石垣市

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。

石垣市から医療機関に対し、治療内容を照会すること。石垣市から購入先に対し、購入内容について照会すること。石垣市から県に対し、石垣市の実績に係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 【購入用具を○で囲む】	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"/> 申請に係る補整具に対して、他の助成等を受けていない					
	<input type="checkbox"/> 申請に係る補整具に対して、過去に他の市町村から助成を受けていない					
	<input type="checkbox"/> 下記のいずれかの医療機関のがん相談支援センターでがん相談支援を受けている					
	相談医療機関 【該当を○で囲む】	琉球大学病院	県立中部病院	那覇市立病院		
	北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院			
	直近の相談日 年 月 日					
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなど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、金額入り。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、石垣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	口座番号				
※カタカナで記載。申請者と同一であること。						
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

石垣市長

印

石垣市アピ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石垣市アピ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

石垣市長

印

石垣市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石垣市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

石垣市アピアランスケア支援事業台帳

年度 石垣市

【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）	補助対象額	補助決定状況	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）	補助対象額	補助決定状況	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）	補助対象額	補助決定状況	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	

補助対象額：20,000円又は購入金額（税込）を比較して低い額

