

熊本市がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱

制定 令和6年3月29日 市長決裁

(目的)

第1条 この要綱は抗がん剤治療等に伴う外見の悩みを抱えているがん患者に対し、ウィッグ等（ウィッグ装着時に皮膚を保護するための装着用ネット、毛付き帽子、帽子）や胸部補整具（シリコンパッド又は人工乳房）の購入費用の一部を助成することにより、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

2 熊本市がん患者アピアランスケア推進事業については、熊本市補助金等交付規則（昭和43年10月1日規則第44号）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(助成対象者)

第2条 この事業の助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 本助成金申請日時時点で熊本市の住民基本台帳に記載されている者
- (2) がんと診断され、がんの治療を受けた者又は現に受けている者で、外見の変化によりウィッグ等又は胸部補整具（以下「補整具」という。）を必要とする者
- (3) 市民税の滞納がない者
- (4) 他の制度において同種の補整具の購入費用の助成又は給付を受けることができない者
- (5) 熊本市暴力団排除条例（平成23年熊本市条例第94号）第2条第2号に規定する暴力団員若しくは同条第1号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係を有しない者

(助成対象経費)

第3条 助成金の交付対象となる補整具は、別表のとおりとし、前条に定める対象者1人につきそれぞれの区分ごとに1回を限度に助成する。

2 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、前項に規定する補整具の購入費とし、付属品並びにケア用品（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助成の対象外とする。

3 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの並びに国又は地方公共団体が別に負担する対象となるものは助成の対象外とする。

(助成額)

第4条 助成金の額は、前条第1項に定める区分ごとに、助成対象経費に2分の1を乗じた額（その額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）とし、別表に掲げる額を限度とする。

(助成の申請)

第5条 助成事業の申請及び助成金の受領（以下「申請等」という。）を行う者（以下「申請者」という。）は、原則として対象者とし、対象者がやむを得ない理由で自ら申請等を行うことができない場合のみ、他の者へ申請等を委任することができるものとする。ただし、対象者が18歳未満の場合、申請者は法定代理人とする。

2 助成金の交付の申請をしようとする者（その者が18歳未満である場合にあっては、その法定代理人）は、熊本市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下「申請書兼請求書」という。）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) 申請者の本人確認書類

(2) がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など、がん治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し

(3) 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し

(4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 前項の規定による申請書兼請求書は、原則として補整具を購入した翌日から起算して1年以内に市長に提出しなければならない。なお、複数のウィッグ等を対象補整具として申請する場合は、最初に購入した補整具の購入日から1年以内に申請しなければならない。

4 第1項の申請は、助成対象者又はその法定代理人に限り行うことができ、法定代理人が申請する場合は、当該法定代理人は第2条第3号及び第5号の要件を満たしていなければならない。

5 第6条の交付決定を受けた対象者についての新たな申請は、交付決定を受けた翌年度から5年間できない。

(交付決定)

第6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、熊本市がん患者アピアランスケア推進事業助成金支給決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するとともに、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、その理由を付した熊本市がん患者アピアランスケア推進事業助成金不支給決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、前条の申請書類に記載された助成対象者が、第2条に規定する助成対象者に該当するか確認するため、住民基本台帳情報を参照するとともに、必要に応じて関係機関へ問い合わせることができるものとする。

(助成金の交付の取消し等)

第7条 市長は、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けたことが明らかになったときは、交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した助成金の全部若しくは一部を返還させることができる。

2 市長は、前項の規定により交付決定を取り消したときは、熊本市アピアランスケア支援事業助成金（全部・一部）取消通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表（第3条・第4条関係）

区分	助成の対象となる補整具	助成金の上限額
医療用ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子、帽子	20,000円
胸部補整具	補整用シリコンパッド、人工乳房	シリコンパッド 10,000円 人工乳房 20,000円

熊本市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

熊本市長 様

熊本市アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、熊本市アピアランスケア推進事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え、申請します。なお、助成金の請求に関する一切の権限を熊本市医療対策課長へ委任します。また、申請にあたり、熊本市が住所等の確認のための住民基本台帳情報の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名	①					
	住所	〒 - 熊本市 区					
	電話番号						
申請者	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ <input type="checkbox"/> 代理申請の場合、助成対象者との続柄（ ）						
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名	①					
	住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ 電話（ ） 〒 - 熊本市 区					
交付対象経費	対象区分（ア）	① ウィッグ等 （助成金上限額2万円）	② 補整用シリコンパッド （助成金上限額1万円）	③ 人工乳房 （助成金上限額2万円）			
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	購入費用	円（税込）	円（税込）	円（税込）			
交付対象経費（イ） <small>購入金額×1/2、千円未満切捨</small>	円	円	円				
交付申請額（ウ） （ア）又は（イ）の いずれか低い額	ウィッグ等 円	補整用シリコンパッド 又は人工乳房のいずれか 円	交付申請合計額 円				
過去の受給状況	<input type="checkbox"/> 熊本市のアピアランスケア推進事業助成金を受けたことはありません。 ある場合：助成を受けた日付（ 年 月） 助成を受けた対象区分 ①ウィッグ等 ②補整用シリコンパッド ③人工乳房 ④その他						
確認事項	<input type="checkbox"/> 市民税の滞納がない <input type="checkbox"/> 暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない						
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けていた）ことが分かる書類（写し） <input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書等（原本のみ。写しは不可） <input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類（写し） <input type="checkbox"/> （代理申請の場合）助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類（写し） <input type="checkbox"/> （郵送申請の場合）申請者本人確認書類（写し）※窓口申請の場合は書類をお持ちください						
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫・組合			本店 支店	口座種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号	フリガナ			口座名義		

様式第2号(第6条関係)

熊本市アピアランスケア推進事業助成金支給決定通知書

年 月 日

様

熊本市長

年 月 日付で申請があった助成金について、次のとおり支給することに決定
したので、熊本市アピアランスケア推進事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

支給決定額 円

様式第3号(第6条関係)

熊本市アピアランスケア推進事業助成金不支給決定通知書

年 月 日

様

熊本市長

年 月 日付で申請があった助成金について、次のとおり支給しないことに決定
したので、熊本市アピアランスケア推進事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

(不支給とした理由)

様式第4号(第7条関係)

熊本市アピアランスケア推進事業助成金(全部・一部)取消通知書

年 月 日

様

熊本市長

年 月 日付医対発第 号で交付決定した助成金について、次のとおり交付決定を取り消したので、熊本市アピアランスケア推進事業実施要綱第7条の規定により通知します。

記

(取り消し理由)