

〇うるま市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱

令和6年12月17日

告示第257号

(趣旨)

第1条 この告示は、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、うるま市がん患者アピアランスケア助成金（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 この告示において、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、シリコンパッド等の乳房補整具をいう。

(助成金対象者等)

第3条 対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) うるま市内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、過去に沖縄県内の市町村から同種の助成等を受けていないこと。

(助成金の対象経費)

第4条 助成金の対象経費は、次の補整具の購入費とする。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）並びに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

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、第3条に定める対象者1人につき、前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

(助成金の交付申請)

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、がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書(様式第1号) 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又は受療していたことが分かる書類
- (2) 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。)
- (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又は運転免許証の写し等。ただし、本市で、確認が可能な場合は省略できるものとする。)
- (4) 対象者が未成年である場合は、申請者が法定代理人であること(続柄) が分かるもの
- (5) 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
- (6) 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装具を購入した場合 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

(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、助成を承認するものと決定したときは、がん患者アピアランスケア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、助成の実施及び審査のため必要があると認めたときは、申請者及び治療を受けた医療機関、購入先等に対して、申請書の記載事項について聴取することができる。

3 前項の審査の結果、助成を不承認とするものと決定したときは、がん患者アピアランスケア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通知するものとする。

(助成金の返還)

第8条 市長は、前条第1項の規定により助成の交付決定を受けた者が虚偽又は不正行為により助成金の支給を受けたときは、助成の交付決定の全部又は一部を取り消し、当該助成金の全部又は一部を返還させるものとする。

(関係台帳の整備等)

第9条 市長は、がん患者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。

2 市長は、助成金の収支状況を明らかにする帳簿その他関係書類を整理し、これらを助成金の交付を決定した日の属する年度の翌年度から5年間保管するものとする。

(補則)

第10条 この告示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6年9月26日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

令和6年9月26日 うるま市告示第204号

附 則

(施行期日等)

1 この告示は、令和6年12月17日から施行し、改正後のうるま市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱については、令和6年11月27日から適用する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現に提出されているこの告示による改正前のうるま市患者アピアランスケア助成金交付要綱の様式は、この告示による改正後のうるま市患者アピアランスケア助成金交付要綱の様式により提出されたものとみなす。

がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

うるま市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電 話 番 号 _____

助成金の交付を受けたいので、関係書類を添付の上、うるま市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第6条第1項の規定により申請します。なお、次のことについて同意します。

- ☐ 市から医療機関に対し治療内容を照会すること。
☐ 市から購入先に対し購入内容について照会すること。
☐ 市から県に対し、市の実績にかかる情報を提供すること。
☐ 所管課において、交付対象者及び申請者の諸状況（住民基本台帳）を確認すること。

交付対象者	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)				
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（左側）	乳房補整具（右側）		
	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		
申請額	円					
確認事項	□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。					
	□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等を受けていない。					
	□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					
添付書類	□診療明細書の写しなどががん治療を受療している（していた）ことが分かる書類 □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。） □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。）					
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	
	フリガナ			口座番号		
	口座名義人氏名					
特記事項	(職員記入欄)					

様式第 2 号（第 7 条関係）

第 号
年 月 日

様

うるま市長 印

がん患者アピアランスケア助成金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった事項について、下記のとおり決定しましたので、うるま市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第 7 条第 1 項の規定により通知します。

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

様

うるま市長 印

がん患者アピアランスケア助成金交付不承認通知書

年 月 日付け、うるま市アピアランスケア助成金交付要綱第 7 条第 3 項の
規定により、交付申請のあった事項について、下記の理由により不承認とします。

記

- 1 対 象 者 名
- 2 不承認の理由

様式第4号（第9条関係）

がん患者アピアランスケア助成金交付台帳

年度 うるま市

【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	

【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	

【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	

助成対象額：20,000 円又は購入金額（税込）を比較して低い額