

糸満市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱

（目的）

第1条 この告示は、がん治療による外見変貌を補完する頭髮補整具又は乳房補整具等（以下「補整具」という。）の購入費用の一部を予算の範囲内で助成することにより、がん患者の外見の変化に起因する苦痛を軽減するケア（以下「アピアランスケア」という。）と就労や社会参加の促進等、生活の質の維持向上に寄与することを目的とする。

（交付対象者）

第2条 助成金の交付対象者は、次の各号の全てに該当する者とする。

- （1） 助成の対象となる補整具（以下「助成対象補整具」という。）の助成金交付申請時に市内に住所を有する者
- （2） がんと診断され、手術、薬物治療、放射線療法、その他がんの治療を受けた又は現に受けている者
- （3） 過去に他の都道府県及び市町村から同種の助成を受けていない者
- （4） 市税等に滞納のない者

（助成対象補整具及び助成回数）

第3条 助成対象補整具と助成回数は、次の表のとおりとする。

補整具の区分	助成対象補整具等	助成回数
頭髮補整具	ウィッグ本体（装着用ネット含む）及び毛付き帽子。ただし、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。	1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房。ただし、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。	右乳房、左乳房毎に1回
その他補整具	エピテーゼ（補整用人工物）。ただし、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。	1回

（助成金額）

第4条 助成金の額は、前条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、2万円を限度とする。

（交付申請）

第5条 助成金の交付を受けようとする者（その者が未成年である場合にあっては、その法定代理人）は、補整具を購入した日から起算して1年以内に、糸満市がん患者アピ

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) がんの治療を受けた又は現に受けていることが確認できる書類の写し
 - (2) 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
 - (3) 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかる預金通帳の写し
 - (4) 市税等の完納証明書
 - (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- （交付決定及び通知）

第6条 市長は、前条の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、補助金を交付すべきものと認めたときは、糸満市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）により、補助金を交付しない決定をしたときは、糸満市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）により、それぞれ申請者に通知するものとする。

（交付請求）

第7条 市長は、前条の規定により助成金の交付決定を決定した後、糸満市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）による申請者の請求に基づき助成金を交付するものとする。この場合において、申請者の請求は、助成金の交付を決定した日にあったものとみなす。

（助成金の返還）

第8条 市長は、虚偽その他の不正な方法により助成を受けた者に対し、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第9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5年10月1日から施行し、令和5年4月1日から適用する。