

○霧島市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱

令和4年6月30日

告示第145—1号

(趣旨)

第1条 この告示は、がん治療による脱毛又は手術による乳房の変化に対応するための補整具（以下「医療用補整具」という。）の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の経済的負担及び精神的負担を軽減し、がん患者の治療と就労等との両立を支援することを目的とする霧島市がん患者アピアランスケア支援事業（以下「支援事業」という。）の実施について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「がん患者」とは、医療機関において、がんと診断され、薬物療法、放射線療法、手術療法等のがんの治療（以下「がん治療」という。）を受けた者又は現在受けている者をいう。

(対象者)

第3条 支援事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者とする。

- (1) 支援事業の交付申請日時点で本市に住所を有する者
- (2) がん患者
- (3) 他制度により助成等を受けていない者

(対象経費)

第4条 支援事業の対象となる経費（以下「対象経費」という。）は、補助対象者が次に掲げる医療用補整具の購入に当たり実際に支払った額（消費税及び地方税額を含む。）とする。ただし、購入のために要した交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用及び付属品、ケア用品等の購入費用は除く。

- (1) ウィッグ等 がん治療に伴う脱毛に対応するために着用する医療用ウィッグ（全頭用）及びその装着に必要な頭皮保護用のネット。1人1台に限る。
- (2) 乳房（胸部）補整具 手術による乳房の変化に対応するための補整下着、補整パッド、専用入浴着及び人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものは除く。）

(助成金の額及び回数)

第5条 支援事業により交付する金額（以下「助成金」という。）は、前条第1項に規定する対象経費と次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額と比較していずれか少ない方の額とする。

- (1) ウィッグ等 2万円
- (2) 乳房（胸部）補整具 1万円

2 助成金の交付は、対象者1人につき前条第1項に定める区分ごとに1回限りとする。

(申請者)

第6条 支援事業の交付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、対象者とする。ただし、対象者が未成年の場合においては、申請者は、その保護者とする。

2 前項の場合において、対象者（対象者が未成年であるときは、その保護者をいう。以下次条第2項本文において同じ。）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ときは、他の者へ申請等を委任することができるものとする。

（交付の申請等）

第7条 申請者は、霧島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書（第1号様式。以下第8条において「申請書」という。）に、次に掲げる書類（以下第8条において「申請書類」という。）を添付して、市長に提出しなければならない。

(1) がん治療を受けた又は受けていることを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）

(2) 助成対象物品を購入したことを証明する書類（品名や金額等の記載のある領収書）

(3) 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

(4) その他市長が必要と認める書類

2 前項の場合において、対象者が他の者へ申請等を委任するときは、前項に掲げる書類に加えて、委任状（第2号様式）を提出しなければならない。

3 申請期限は、助成事業の対象となる医療用補整具を購入した日から1年以内とする。ただし、申請者又は対象者に申請期限までに申請することができないやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（要件の確認及び個人情報の照会）

第8条 市長は、申請書及び申請書類の内容の確認を行うため、対象者の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に問い合わせることができるものとする。

（交付の決定及び確定等）

第9条 市長は、第7条第1項の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、交付することが適当と認めるときは、霧島市がん患者アピアランスケア支援事業交付決定及び交付確定通知書（以下「決定等通知」という。）（第3号様式）により、交付することが不適当と認めるときは、霧島市がん患者アピアランスケア支援事業不交付決定通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、決定等通知を行ったときは、速やかに助成金を交付することとする。

3 市長は、決定等通知を行ったときは、決定等通知の写しを鹿児島県知事に提出するものとする。

（交付決定の取消し及び返還）

第10条 市長は、申請者が虚偽その他不正な手段により助成金の交付の決定を受けたことが明らかとなったときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消し、既に交付し

た助成金の全部又は一部の返還を求めることができる。

(その他)

第11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4年6月30日から施行する。

附 則 (令和7年3月7日告示第41号)

(施行期日)

1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示は、この告示の施行の日（以下「施行日」という。）以後に購入した医療用補整具に適用し、施行日前に購入した医療用補整具については、なお従前の例による。

3 この告示の施行日前に改正前の霧島市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱の規定により助成を受けた者は、改正後の第5条の規定による助成を受けた者とみなす。

霧島市長 様

霧島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

私は、霧島市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名			電話番号
	住所	〒		対象者との続柄
対象者	フリガナ 氏名			生年月日
	住所	〒		年 月 日 □申請者と同じ
がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名		治療方法	□手術 □科学 □放射線 □その他()
申請内容	区分	医療用ウィッグ等	乳房（胸部）補整具	
	過去の受給の有無	□有 □無	□有 □無	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入費（税込）	円	円	
	助成上限額	20,000円	10,000円	
	助成申請額 ①又は②のいずれか少ない額	円	円	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 ()		本店 支店	
	種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)	
	普通・当座			
※口座名義人が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 (申請者との続柄:)				

添付書類

- (1) 対象者ががんの治療を受けた又は受けていることを証明する書類(治療方針計画書、診療明細書等)
- (2) 補助対象物品の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し(領収書等)
- (3) 本人を確認する書類の写し(住民票、運転免許証、医療保険証等)
- (4) 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

霧島市長 様

委 任 者

〒

住所 _____

氏名 _____ 印

霧島市がん患者アピアランスケア支援事業の申請に関する権限の委任状

私は、下記の者を代理人と定め、霧島市がん患者アピアランスケア支援事業の申請に関する権限を委任します。

記

受 任 者

〒

住所 _____

氏名 _____ 印

※ 「委任者」欄には対象者（実際に医療用補整具を使用する方（対象者が未成年の場合においては、その保護者の方））、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。

第3号様式（第9条関係）

第 号
年 月 日

様

霧島市長



霧島市がん患者アピアランスケア支援事業交付決定及び交付確定通知書

年 月 日付で申請のあった 年度霧島市がん患者アピアランスケア
支援事業については、下記のとおり決定し、確定したので通知します。

記

- | | | |
|---------|---|---|
| 1 交付決定額 | 金 | 円 |
| 2 交付確定額 | 金 | 円 |

※ 虚偽その他不正な手段により助成事業の交付の決定を受けたことが明らかとなったときは、助成事業の交付の決定の全部又は一部を取り消し、既に交付した助成金の全部又は一部の返還を求めることがあります。

第4号様式（第9条関係）

第 号
年 月 日

様

霧島市長



霧島市がん患者アピアランスケア支援事業不交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった 年度霧島市がん患者アピアランスケア
支援事業については、下記のとおり助成金を交付しないことを決定したので通知します。

記

1 助成金を交付しない理由

第1号様式 (第7条関係)

第2号様式 (第7条関係)

第3号様式 (第9条関係)

第4号様式 (第9条関係)