

香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱

令和6年3月29日

告示第58号

(趣旨)

第1条 この告示は、がん患者に対し、化学療法・放射線療法による脱毛症状や手術による外見の変貌を補完する補整具（以下「補整具」という。）の購入費用の一部を補助することで、心理的及び経済的な負担を軽減し、がん治療における療養生活の質の向上及び就労、社会参加等の両立を支援するため、香南市補助金交付規則（平成18年香南市規則第45号）第25条の規定により香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金（以下「補助金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件を満たす者とする。

- (1) 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されており、かつ、香南市市税等の滞納者に対する補助金の交付の制限に関する規則（令和5年香南市規則第24号）第2条第1号に規定する市税等を滞納していないこと。
- (2) がんの治療（手術、薬物治療又は放射線治療をいう。以下同じ。）を受け、又は現に受けており、かつ、令和6年4月1日以降に補整具を購入したこと。
- (3) 過去に他の地方公共団体においてアピアランスケア用品購入に係る経費の補助等を受けていないこと。

(補助対象経費等)

第3条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）及び補助対象者1人当たりの補助回数は、次の表のとおりとする。

補助対象補整具	補助対象経費	補助回数
ウィッグ	本体（装着用ネットを含む。）	1回
乳房補整具	補整下着、シリコンパット等	右乳房、左乳房ごとに1回

2 補助対象者は、同一の補助対象補整具を複数個購入した場合は、その購入した全ての補整具の購入経費を補助対象経費にすることができる。ただし、前項の規定に

より、申請は1回にまとめて行わなければならない。

3 補助金の額は、補助対象経費の額の全額又は2万円のいずれか低い額とし、予算の範囲内で交付する。ただし、算出した額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。

4 第1項各号に掲げる補整具の附属品及びケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等をいう。）の購入費については、補助の対象としない。

5 購入のために要した交通費等及び郵送費等については対象としない。

（交付の申請）

第4条 補助金の交付を受けようとする補助対象者（補助対象者が未成年である場合は、その保護者。以下「申請者」という。）は、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助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えて市長に提出しなければならない。

（1） 補整具の購入に係る支払の手続が完了したことを確認できる領収書

（2） がん治療を受けていることを証する書類（ウィッグの場合は脱毛の副作用がある抗がん剤治療等を受けていることを証明する書類、乳房補整具の場合はがん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類）の写し

（3） 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

（交付等の決定及び通知）

第5条 市長は、前条の規定による申請及び請求があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めたときは香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付決定通知書（様式第2号）により、不適当と認めたときは香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金不交付決定通知書（様式第3号）により、それぞれ当該申請者に通知するものとする。

2 当該年度分の補助対象となる基準日は、前項の規定による交付が決定された日とする。

（補助金の交付）

第6条 市長は、前条第1項の規定により補助金の交付を決定したときは、受領した申請書兼請求書に基づき、補助金を交付するものとする。

（交付決定の取消し等）

第7条 市長は、第5条第1項の規定により補助金の交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部について、期限を定めて返還を命ずることができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。
- (2) 補助金の交付決定の内容及びこれに付した条件に違反したとき。
- (3) この告示に違反したとき。
- (4) その他市長が不相当と認める事由が生じたとき。

(その他)

第8条 この告示に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

香南市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____年 月 日
電話番号 _____

香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金を受けたいので、香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

アピアランスケア用品 使用者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる	
	住 所 _____	
	氏 名 _____	
	生年月日 _____	年 月 日
	電話番号 _____	
購入した アピアランスケア用品	種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整具 右側 <input type="checkbox"/> 乳房補整具 左側
	購入年月日	年 月 日
	購入価格	円
	メーカー又は購入 店舗	
補助金申請(請求)額 (上限 20,000 円)	円 _____ 円 購入価格の全額又は 20,000 円のいずれか少ない額	

※ 注意事項

- (1) 品名、購入年月日及び購入価格が明記された領収書の原本を添付してください。
- (2) がんの治療を受けたことを証明する書類の写しを添付してください。
- (3) その他市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

裏面

希望する振込先			
金融機関		支店名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

確認事項 (次の事項を確認し、□に✓を付してください)

<input type="checkbox"/>	香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書及び添付書類の内容に虚偽や不正はありません。
<input type="checkbox"/>	香南市暴力団排除条例 (平成 22 年香南市条例第 32 号) 第 2 条第 1 号に規定する暴力団又は同条第 3 号に規定する暴力団員等ではありません。
<input type="checkbox"/>	補助対象として申請する経費に対して、香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第 2 条第 3 項に定められた他の地方公共団体からの補助や助成を受けていません。
<input type="checkbox"/>	申請内容に虚偽があった場合は、香南市に対して補助金を返還します。
<input type="checkbox"/>	補助金の交付を受けた補整具が起因する問題について、香南市が一切の責任を負わないことについて了承します。

同意書

補助金の交付申請の審査のため、以下の 3 点について市が公簿等により確認することについて同意します。

1. 住民票の写し
2. 他の地方公共団体や団体から同種の助成金、補助金等の交付を受けていないこと
3. 市税等を滞納していないこと

申請者氏名

添付書類確認欄 (この欄は香南市役所職員が記入します。)

がん治療を受けていることを証する書類の添付 (写し)

書類名 : _____

補整具の購入に係る支払が完了したことを確認することができる領収書の添付 (原本)

様式第2号(第5条関係)

第 年 月 日
号

様

香南市長



香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった香南市がん患者アピアランス
ケア用品購入費補助金について、香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交
付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり交付することに決定したので通知しま
す。

記

補助金交付金額 _____ 円

補助金交付対象使用者 _____

様式第3号(第5条関係)

第 年 月 日 号

様

香南市長



香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金不交付決定通知書

年 月 日 付けで申請のあった香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金について、下記の理由により不交付とします。

記

(不交付の理由)