

川西市がん患者アピランスサポート事業助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 がん治療による外見変貌を補完する補正具の購入費用に対する助成金の交付等に関して必要な事項を定める。

(目的)

第2条 この要綱は、薬物療法・放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除など、がん治療による外見変貌を補完する補正具の購入費用を助成することにより、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、就労等社会参加を促進し、療養生活の質の維持向上を図ることを目的とする。

(対象者)

第3条 本事業の対象者は、次に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。

- (1) 申請時に川西市に住所を有する者
- (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
- (3) 対象補正具を、令和3年4月1日以降に購入した者
- (4) 別表に規定する所得の要件を満たす者
- (5) 過去に県内市町から対象補正具と同種の助成を受けていない者

(助成対象補正具)

第4条 助成対象となる補正具は、次の表のとおりとする。なお、付属品及びケア用品(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対象外とする。

区分		要件
(1)	医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの(装着時に皮膚を保護するネット含む)。1人1台に限る。
(2)	乳房補正具	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正下着(下着とともに使用するパッド含む)又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。)のいずれかとする。なお、人工乳房については、両側乳がんを除き、1人1台に限る。

(助成金額等)

第5条 助成金の金額は、第3条に定める対象者1人につき、第4条に定める補正具毎に次の金額を限度とする。ただし、購入金額が次の金額に満たない場合は、購入実額とする。

- (1) 医療用ウィッグ 5万円
- (2) 乳房補正具
次のいずれかとする。
 - ア 補正下着 1万円
 - イ 人工乳房 5万円

(交付の申請)

第 6 条 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サポート事業助成金交付申請書 (様式第 1 号) (以下「申請書」という。) により、次の書類を添え市長に申請しなければならない。

(1) がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。写し可。)

(2) 対象補正具の購入に係る領収書 (申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。写し可。)

(3) 世帯の住民票 (発行から 3 か月以内であり、個人番号 (マイナンバー) の記載のないもの。写し可。ただし、市長が住民基本台帳等を確認することに申請者が同意し、川西市がん患者アピアランスサポート事業 世帯調書 (様式第 1 号の 2) を提出した場合はこれに変えることができる。)

(4) 別表に記載する所得を証明できる書類 (写し可。ただし、市長が住民税課税資料により所得額を確認することに申請者が同意した場合は、この限りでない。)

(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補正具を購入した場合 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補正具を購入した場合 購入日の翌日から起算して 90 日を経過した日まで

3 市長は、申請が行われた日を基準に、対象年度を判定するものとする。

4 市長は、助成の実施及び審査のため必要があると認めるときは、申請書の記載事項について、申請者、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して、聴取することができる。

5 申請は、対象者 1 人につき、第 4 条で定める補正具の区分ごとに 1 回を限度とする。

(交付の決定)

第 7 条 市長は、申請を受けたときは、速やかに内容の審査を行い、次に掲げる書類により申請者に通知するものとする。

(1) がん患者アピアランスサポート事業助成金交付 (不交付) 決定通知書 (様式第 2 号)

(2) その他市長が必要と認める書類

(交付決定の取消し)

第 8 条 市長は、申請者が偽りその他不正な手段により助成金等の交付を受けた場合、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができ、速やかに、その旨をがん患者アピアランスサポート事業助成金交付決定取消通知書 (様式第 3 号) により当該申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を取り消した場合において、既に助成金を交付しているときは、期限を定めて助成金を返還させるものとする。

(助成金の返還)

第9条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により助成金の支給を受けた者に対し、その全部を返還させることができる。

(関係台帳の整備)

第10条 市長は、がん患者アピアランスサポート事業台帳(様式第4号)を備え、必要な事項を記載しておくこととする。

(個人情報の取扱い等)

第11条 市は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するとともに申請者及びその家族の心情に充分配慮した対応を取るものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行し、令和3年4月1日に遡及して適用する。

別表（第3条第四号関係）

対象補正具を購入した者	前年（1月～5月の申請にあつては前々年）の所得額
未成年の場合 （既婚の場合を除く）	対象補正具を購入した者と生計を一にする親権者全員の所得額（児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条に定める所得額をいう。以下同じ。）の合計が400万円未満
成年かつ未婚の場合 （民法（明治29年法律第89号）第4条に定める成年をいう。）	対象補正具を購入した者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満