

○浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付規程

令和6年6月27日

告示第78号

改正 令和7年1月9日告示第3号

(趣旨)

第1条 この告示は、がん患者の治療と社会参加の両立を図り、がんになんでも安心して地域生活を送るため、治療による外見上の変化を補う補整具（ウィッグ又は乳房補整具をいう。）購入費用の一部を予算の範囲内において、浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し、浦添市補助金の交付に関する規則（平成24年規則第3号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 本事業において、次の各号に掲げる用語の定義は、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ウィッグ（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又はシリコンパット等の胸部補整具をいう。

(対象者等)

第3条 本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 助成金の交付申請日において、浦添市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ものであること。
- (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助成を受けていないこと。

（令7告示3・一部改正）

(助成対象経費)

第4条 助成金の対象経費は、次に掲げる補整具の購入額とする。ただし、附属品及びケア用品（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。

- (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

(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、浦添市がん患者アピアランスサポート事業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（診療明細書の写し等）
- (2) 対象補整具の購入に係る領収書（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。）
- (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、運転免許証の写し等）
- (4) 助成金の振込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
- (5) 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、次のとおりとする。

- (1) 4月から12までの間に助成対象の補整具を購入した場合 購入日の属する年度内
- (2) 1月から3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

3 申請が行われた日を基準に、助成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たときは、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。

(交付決定及び通知)

第7条 市長は、前条第1項の申請があった場合は、その内容について審査の上、助成金交付の決定をしたときは、浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金交

付承認通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。また、助成金を交付しない決定をしたときは、浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付不承認通知書（様式第3号）により、申請者に対し通知するものとする。

（助成金の交付）

第8条 市長は、前条の規定により助成金の交付の決定をしたときは、速やかに助成金を申請者に交付することとする。

（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、その全部又は一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、助成金交付の決定状況を明らかにしておくため、浦添市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、必要な事項を記載するものとする。

（個人情報の取扱い等）

第11条 市長は、本事業の実施に当たっては、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 この告示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

この告示は、令和6年6月27日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

附 則（令和7年1月9日告示第3号）

この告示は、令和7年1月9日から施行し、令和6年11月27日から適用する。

様式第1号 (第6条関係)
浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年　月　日

浦添市長 殿

(申請者) (元 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。なお、次のことについて同意します。

市町村から医療機関に対し治療内容を照会すること。

市町村から購入先に対し購入内容について照会すること。

市町村から県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。

1対象がん患者	ふりがな				申請者との関係	
	氏名					
	住所					
	生年月日	□申請者と同じ 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)				
2助成対象経費	補整具の種類	□ウィッグ	□乳房補整具(右側)	□乳房補整具(左側)		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用(税込)	ア 円	エ 円	キ 円		
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 20,000円		
	補助対象額	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		
3助成申請額	(ウ、カ、ケの合計金額) 円					
4確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、他の補助等を受けていない <input type="checkbox"/> 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を受けていない					
5添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しどとがん治療の受療している又は受療していたことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書(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。) <input type="checkbox"/> 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、申請者本人のもので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、市町村において確認が可能な場合は省略可。)					
6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	
	口座名義	口座番号 ※カタカナで記載。申請者同一であること。				
特記事項(行政機関使用欄)						

様式第2号（第7条関係）

第 号
年 月 日

殿

浦添市長 印

浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金について、下記のとおり決定します。

記

1 対象者 氏名

2 助成金額 金 円

3 支給予定期 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

殿

浦添市長 印

浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました浦添市がん患者アピアランスサポート事業
助成金について、下記の理由により不承認とします。

記

対象者名

不承認の理由

様式第4号（第10条関係）

浦添市がん患者アピアランスサポート事業台帳

年度　浦添市

【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	
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	
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	
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円または購入金額（税込）を比較して低い額