

## 伊丹市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱（案）

### （目的）

第1条 この要綱は、薬物療法又は放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除などの、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ついて、予算の範囲内において、補助することにより、がん患者の心理的負担を軽減するとともに、就労等の社会参加を促進し、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2条 この要綱による補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次の要件全て満たす者とする。

- (1) 第5条の規定による申請をした日において、市内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ること。
- (3) 別表の左欄に掲げる対象補正具を購入した者の区分に応じ、同表の右欄に定める所得の要件を満たす者であること。
- (4) 過去に県内の他の市町から同種の助成を受けていない者であること。

### （補助対象経費）

第3条 補助金の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、次の表の左欄に掲げる補正具の区分に応じ、同表の右欄に定める要件を満たすものの購入費用とする。ただし、付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）の購入に要した費用、購入のために要した交通費及び郵送費等は、補助対象経費に含めないものとする。

区分	要件
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を含む。）（対象者1人につき1台に限る。）
乳房補正具	次の各号のいずれかに該当する補正具 (1) 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。） (2) 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。）。ただし、両側乳がんを除き、対象者1人につき1台に限る。

### （補助金の額）

第4条 補助金の額は、補正具の種類ごとに前条に規定する補助対象経費に相当する額又は次に掲げる補正具の区分に応じ当該各号に定める額のいずれか低い額とする。

- (1) 医療用ウィッグ 5万円
- (2) 乳房補正具 次に掲げる乳房補正具の区分に応じ、それぞれに定める額
  - ア 補正下着 1万円
  - イ 人工乳房 5万円(交付申請)

第5条 補助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、伊丹市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下「申請書」という。）に次の書類を添えて、次項に定める申請期限までに市長に提出しなければならない。ただし、当該書類により証明すべき事実を、公簿により確認することができる場合において、当該確認することにつき申請者の同意があるときは、当該書類の提出を省略することができる。

- (1) がん治療に関する説明書、診断書及び治療方針計画書その他の書類（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。）
  - (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、台数の記載があり、かつ、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、それぞれ備考等に記載されているものに限る。）
  - (3) 別表に規定する対象者の所得を証明する書類
  - (4) 対象者（対象者が未成年者である場合にあっては対象者及び生計を一にする親権者、対象者が既婚者である場合にあっては対象者及びその配偶者）の住民票の写し（発行から3か月以内のものに限る。）
  - (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 2 前項の規定による申請を行うことができる期限は、次に掲げる区分に応じ、当該各号に定める日とする。
- (1) 4月から12月までの間に対象補正具を購入した場合 購入日の属する年度の末日
  - (2) 1月から3月までの間に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
- 3 市長は、補助の実施及び審査のために必要があると認めたときは、申請者、治療を受けた医療機関又は購入先等に対し、申請の内容に関し必要な事項を聴取することができる。
- 4 申請は、対象者1人につき、第3条の表の左欄に掲げる補正具の区分ごとに1回を限度とする。
- (交付の決定等)

第6条 市長は、申請書の提出があったときは、その内容について審査の上、補助金の交付の可否及び補助金の額を決定し、伊丹市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するとともに、速やかに補助金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 前項の審査の結果、申請内容が適正であると認められないときは、その理由を付した伊丹市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付不承認通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（補助金の返還）

第7条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により補助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。

付 則

この要綱は、令和3年8月6日から施行し、同年4月1日以後に購入された補正具について適用する。

付 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 別表

対象補正具を購入した者		所得の要件
未成年者		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前年（1月から5月までに申請する場合にあっては、前々年。以下同じ。）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400万円未満であること。
成年者	未婚である者	対象補正具を購入した者の前年の所得額が400万円未満であること。
	既婚である者	対象補正具を購入した者及びその配偶者の前年の所得額の合計が400万円未満であること。