

## 茨木市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱

### (目的)

第1 この要綱は、アピアランスケアのための医療用補整具（以下「補整具」という。）の購入に要する費用（以下「購入費用」という。）の一部を助成することにより、がん患者のがん及びその治療による外見の変化に起因する苦痛を軽減し、社会参加や療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

### (定義)

第2 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) アピアランスケア 医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアのことをいう。
- (2) 医療用ウィッグ 頭皮に直接当たることを前提に制作されており、裏側の素材が頭皮にやさしく、通気性が良い等頭皮に負担が少ないように考慮されているものをいう。
- (3) 乳房補整具 補整下着及び下着とともに使用するパッド並びに人工乳房等を行い、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。

### (助成対象者)

第3 補整具の購入費用の助成対象者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) がんと診断され、がん治療を受けた又は現に治療を受けていること。
- (2) 助成金の申請をする日及び補整具を購入した日に、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (3) 補整具を令和6年4月1日以降に購入していること。

### (助成対象費用)

第4 助成の対象となる費用は、次の各号に掲げるものの購入費用（消費税及び地方消費税を含む。）とする。ただし、購入のために要した配送費、交通費等は助成の対象外とする。

- (1) ウィッグ（医療用ウィッグ、毛付き帽子、帽子及び装着時の保護ネットを含む。）
- (2) 乳房補整具

### (助成額及び回数)

第5 購入費用の助成額は、購入費用の額又は20,000円のいずれか少ない額とする。

2 購入費用の助成の回数は、助成対象者1人につき、次の各号に掲げる区分に応じ、

当該各号に定める回数とする。

- (1) ウィッグ 1回限り
- (2) 乳房補整具 左右の乳房切除毎にそれぞれ1回限り  
(助成金の交付申請等)

第6 購入費用の助成を受けようとする者は、ウィッグ又は乳房補整具を購入した日から起算して1年を経過する日までに茨木市がん患者アピアランスケア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付して市長に提出し、助成金の交付の申請及び請求をしなければならない。

- (1) がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等がん治療(手術、薬物療法、放射線治療等)を受けたこと又は現に受けていることが分かる書類(補整具が必要である外見の変化及びそのおそれがあることを証明するものに限る。)
  - (2) 補整具購入に係る領収書(申請者名、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元が分かるもの)又はその写し
  - (3) 助成金の振込先金融機関の口座番号が分かる書類
  - (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 2 前項の場合において、申請者は、市長に対し、自己が当該申請に係る本人であることを証明する書類を提示し、又は提出しなければならない。
- 3 市長は、第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、予算の範囲内において助成金の交付の可否を決定し、申請者に対し、茨木市がん患者アピアランスケア助成金交付(不交付)決定通知書(様式第2号)により通知するものとする。
- 4 前項の場合において、市長は、助成金の交付決定をしたときは、申請者に対し当該助成金を交付する。  
(助成金の返還等)

第7 市長は、助成金の交付を受けた者が、この要綱に違反したとき又は虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第8 この要綱に定めるもののほか、購入費用の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から実施する。

茨木市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

茨木市長 様

申請者

ふりがな

印

氏名

(自署の場合は押印不要) 生年月日

(助成対象者が未成年の場合は、親権者の氏名をご記入ください)

(窓口を持参されたかた、申請書を記入されたかた等)

住所

助成対象者との続柄

本人・保護者・( )

電話・携帯( )

茨木市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱第6の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入に要する経費の助成を申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに診断書等発行元医療機関への照会を行うことについて同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名		電話番号			
	住所	〒 茨木市				
過去の申請状況	過去に茨木市からがん治療に伴うウィッグ（医療用ウィッグ、毛付き帽子、帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む）購入に要した費用の補助を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	過去に茨木市からがん治療に伴う乳房補整具（補整下着（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））購入に要した費用の補助を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
				(はいの場合はウィッグ購入費用については申請できません)		
				(はいの場合 申請時期と部位を下記に記入)		
				年 月 日 ( 左 ・ 右 )		
購入した補整具	区分	(1) ウィッグ			(2) 乳房補整具	
	補整具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ	(保護ネットを含む) (ケア用品は除く)		(D) <input type="checkbox"/> 補整下着（下着とともに使用するパッドを含む）	
		(B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子			(E) <input type="checkbox"/> 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）	
		(C) <input type="checkbox"/> その他				
	購入日	年 月 日			年 月 日	
	購入に要した費用	ア ※配送料等は除いてください 円(税込)			エ 治療部位 ( 左 ・ 右 ) ※補整下着および人工乳房の合計金額 ※配送料等は除いてください 円(税込)	
	助成限度額	イ 20,000 円			オ ( 左 ・ 右 ) 各 20,000 円	
助成対象額	ウ 【アまたはイのうちいずれか低い額】 円			カ 【エまたはオのうちいずれか低い額】 円		
購入業者			助成金交付申請額		(※ウとカの合計を記入してください) 円	
診断名			診断された病院名 または治療中の病院名			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 組合・農協		金融機関コード	支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座		口座名義人 (助成対象者と同一)	カナ 氏名	
添付書類 (添付した書類に ☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書（免許証、保険証、マイナンバーカード表面等。顔写真のないものは2点必要。）の写し。					
	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等がん治療（手術、薬物療法、放射線治療等）を受けたこと又は現に受けていることが分かる書類（補整具が必要である外見の変化及びそのおそれがあることを証明するものに限る。写し可。）					
	<input type="checkbox"/> 補整具購入にかかる領収書（申請者名又は助成対象者名、購入した日、購入品目、購入金額、領収書発行元を証明する書類。写し可。）					
	<input type="checkbox"/> 助成対象者名義の、助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し。					
	<input type="checkbox"/> 委任状（助成対象者と申請者が異なる場合や、振込口座が助成対象者ではない場合等。助成対象者が未成年の場合は不要。）					

様式第2号（第6関係）

茨木市指令 第 号

住所

氏名

様

茨木市がん患者アピアランスケア助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日 付で申請のあった茨木市がん患者アピアランスケア助成金について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 申請者氏名

2 決定内容

交 付

不 交 付（理由）

3 交付決定額

円

4 交付予定日

※振込日が10日程度遅れる場合があります。交付予定日から2週間以上過ぎても振込みを確認できない場合は、茨木市保健医療センター（072-625-6685）にご連絡ください。

5 そ の 他

次に該当するときは、助成金の全部又は一部を返還していただくことがありますので御留意ください。

- (1) 茨木市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱の規定に違反したとき。
- (2) 助成金の申請をする日及び補整具を購入した日に、資格を喪失していたとき。
- (3) 当該申請者について茨木市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱に規定する回数の助成金が既に支払われているとき。
- (4) 虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたとき。

年 月 日

茨木市長 福岡 洋一