

八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん治療による外見の変化を受けたがん患者にウィッグ等や乳房補整具（以下、「補整具等」という。）の購入費用を助成することにより、がん患者の治療と社会生活等の両立を支援し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この事業の助成対象者は、申請時点で次の各号に掲げる要件のすべてに該当する者とする。

- (1) 八尾市内に在住し、八尾市の住民基本台帳に登録されている者
- (2) がんと診断され、治療中又は過去に治療を受けたことがある者
- (3) がん治療に起因する脱毛又は乳房を切除したことに伴い補整具を令和7年4月1日以降に購入した者
- (4) 過去に八尾市又は他の自治体を実施する同様の助成を受けていない者

(助成金額等)

第3条 助成対象の補整具等は、別表のとおりとし、前条に定める対象者1人につき区分ごとに1回を限度に助成する。ただし、乳房補整具については、変化を受けた乳房に対し、左用と右用で各1回ずつ申請ができることとする。

- 2 助成対象となる経費は消費税及び地方消費税を含めた補整具等の購入費とし、付属品、ケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）、購入に要した交通費及び郵送費等は助成の対象外とする。
- 3 医療保険各法による医療給付の対象となるもの及び国又は地方公共団体の給付対象となるものは助成の対象外とする。
- 4 助成金額は別表の助成金の上限額に定める金額を限度とする。ただし、購入金額が助成金の上限額に満たない場合は、当該購入実額とする。

(助成の申請)

第4条 助成金の交付申請をしようとする者（その者が未成年である場合にあっては、その法定代理人）（以下、「申請者」という。）は、八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業助成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、次の各号に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) 申請者及び助成対象者の本人確認書類
- (2) がんの治療による脱毛や乳房の変化であることが証明できる書類（がん治療に係る説明書や診断書、治療方針計画書等、医療機関が発行した書類の写しで発行医療機関の名称又は医師の氏名、治療を受けた者の氏名を確認できるもの）
- (3) 補整具等の購入にかかる領収書及びその明細書原本（宛名（申請者または助成対象者の氏名）、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）

- (4) 振込先口座が確認できる書類（通帳やキャッシュカードの写しなど、口座名義人、銀行名、支店名、口座番号がわかるもの）。ただし、口座名義人は申請者または助成対象者とする。
 - (5) その他市長が必要と認める書類
- 2 申請者は、申請書兼請求書内で助成事業にかかる一切の手続きを民法（明治 29 年法律第 89 号）第 643 条に基づき委任することができ、受任者は同法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、助成事業にかかる手続きを委任されているものとする。
 - 3 第 1 項の規定による申請書兼請求書は、購入した翌日から起算して 1 年以内に市長に提出しなければならない。

（助成金の交付）

- 第 5 条 市長は、前条の規定による助成金の交付の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業助成金交付決定通知書（様式第 2 号）により申請者に通知するとともに、助成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、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業助成金不交付決定通知書（様式第 3 号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の返還）

- 第 6 条 市長は、偽りその他不正な行為により助成金の交付を受けた者があるときは、当該交付決定を取り消し、その者から助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

（受給権の譲渡又は担保の禁止）

- 第 7 条 助成金を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

（関係機関との連携等）

- 第 8 条 市長は、助成金の交付を行うことの決定のための調査又は過去に交付した助成金に係る調査のために特に必要と認めるときは、申請書兼請求書で取得している同意の範囲内で、官公署その他の関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことができる。

（その他）

- 第 9 条 この要綱に定めるもののほか、本事業にかかる事務の実施に必要な事項は市長が別に定める。

附 則 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

別 表

区分	要件	助成金の上限額
ウィッグ等	がん治療に伴う脱毛に対応するために装着するウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む）又は毛付き帽子。	30,000 円
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（下着とともに使用するパッド（シリコン製を含む））又は人工乳房・人工乳頭（直接肌に張り付けて使用するもので、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）。	左用・右用 各 30,000 円

八尾市がん患者のアピランスケア助成事業助成金交付申請書兼請求書

(あて先)八尾市長

令和 年 月 日

八尾市がん患者のアピランスケア助成事業実施要綱第4条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に八尾市及び他の自治体を実施する補整具等の購入にかかる同様の助成を受けていません。
- ・申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度・医療保険制度等の利用状況、治療内容、購入内容、国又は地方公共団体の助成状況について、八尾市が調査することに同意します。
- ・申請にあたっては八尾市がん患者のアピランスケア助成事業実施要綱の内容を遵守します。

対象者	ふりがな	生年月日		年	月	日	(歳)
	氏名	電話番号					
	住所	〒 - 八尾市					
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が 必要) ※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。					
	ふりがな	生年月日		年	月	日	(歳)
	氏名	電話番号					
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> 対象者と同じ					
助成対象経費	区分	(1)ウィッグ等		(2)乳房補整具((C)又は(D)のいずれか)			
	補整具等の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ(保護ネット含む) (B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子		(C) <input type="checkbox"/> 補整下着:部位(左・右) (下着とともに使用するパッドを含む)		(D) <input type="checkbox"/> 人工乳房:部位(左・右) (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
	購入日	年	月	日	年	月	日
	購入費用	ア 円(税込)		エ 円(税込)		キ 円(税込)	
	助成限度額	イ 30,000 円		オ 30,000 円		ク 30,000 円	
	助成対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 円		【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 円		【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円	
申請額(※ウ・カ・ケの合計金額を記入してください。)							円
添付書類 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付 もれがないかご確 認ください)	<input type="checkbox"/> 本人確認書類(運転免許証(両面)、マイナンバーカード(表面)、各種保険証(両面)、パスポート、各種障がい者手帳、在留カードなどの写し)※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書、医師の意見書などの写し(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療による乳房の切除等が見込まれることがわかる書類の写し) <input type="checkbox"/> 領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの、原本に限る) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義・口座番号が確認できるものの写し(通帳、キャッシュカードの写し)						
振込先	金融機関名	銀行・金庫・信用組合・農協			支店名	本店・支店 ・出張所	
	口座番号	普通 ・当座				口座名義人 (申請者又は 助成対象者のみ)	カナ 氏名

以下八尾市記載欄

受付日	受付	備考
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 受付者	

様式第2号(第5条関係)

第 号
令和 年 月 日

様

八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業助成金交付決定通知書

八尾市長

令和 年 月 日付けて申請のあった助成金について、次のとおり交付することに決定したので、八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により通知します。

記

交付予定日 年 月 日 (承認番号)
交付決定額 円

様式第3号(第5条関係)

第 号
令和 年 月 日

様

八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業助成金不交付決定通知書

八尾市長

令和 年 月 日付けて申請のあった助成金について、次のとおり交付しないことに決定したので、八尾市がん患者のアピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により通知します。

記

(不交付とした理由)