

旭川市がん患者のため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、がん治療によるアピアランス（外見）の変化を受けた方にウィッグ、胸部補整具及びエピテーゼ（以下「補整具等」という。）の購入費用の一部を助成することにより、外見変化による心理的負担を軽減し、就労等の社会生活の継続及び療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請時において、旭川市の住民基本台帳に記載されている者
- (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り、治療による外見変化に対処するため、次条に規定する助成対象経費を支出した者

(助成対象経費)

第3条 助成の対象となる補整具等の費用（以下「助成対象経費」という。）は、次の表のとおりとし、前条に定める対象者1人につき各区分で1回を限度に助成する。

ただし、胸部補整具については、変化を受けた乳房に対し、左用と右用で各1回を限度とする。

区分	助成の対象となる補整具等
ウィッグ	ウィッグ（装着用ネットを含む）、脱毛症状に対応するための帽子（インナーキャップを含む）
胸部補整具	補整パッド、補整下着、人工乳房、人工乳頭
エピテーゼ	体の部位を補完する人工物（人工乳房は胸部補整具に含む）

2 助成対象経費は、前項に規定する補整具等の購入費とし、その他の付属品並びにケア用品（スタンド、クリーナー、ブラシ等）、購入のために要した交通費及び郵送費等は助成の対象外とするとともに、胸部補整具については、再建手術を対象外とする。

3 第1項に規定する同一区分の補整具を複数購入した場合、その費用の合計を助成対象経費とすることができる。

(助成金額)

第4条 助成金の額は、前条第1項に定める区分ごとに、助成対象経費に3分の1を乗じた額（その額に、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）と2万円のいずれか少ない額とし、予算の範囲内で交付する。

(助成の申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者（その者が未成年である場合にあつては、その法定代理人）（以下「申請者」という。）は、補整具等を購入した日の翌日から起算して1年以内に、旭川市がん患者のための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) がん治療(手術、薬物療法、放射線療法等)を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- (2) 補整具等購入に係る領収書の写し(対象者又は申請者の氏名、購入年月日、購入金額、購入品名の記載があるもの)
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 次条の交付決定を受けた対象者については、第3条第1項に規定する区分ごとに、交付決定を受けた翌年度から5年間は、新たな申請はできないものとする。

(交付決定等)

第6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、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、交付を決定したときは、旭川市がん患者のためのアピアランスケア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、当該助成金を申請者が指定する金融機関口座に振り込むこととする。

2 前項に定める審査の結果、助成金を交付しない旨の決定をしたときは、旭川市がん患者のためのアピアランスケア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。

(交付決定の取消し等)

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当すると認められるときは、前条第1項に定める交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 対象者の要件に該当しないことが明らかになったとき
- (2) 虚偽の申請、その他不正な手段により助成金の交付の決定又は交付を受けたとき

2 市長は、前項の規定による交付決定の取消しを行った場合において、助成金が既に交付されているときは、助成金の交付を受けた者に対し、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年8月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）旭川市長

〒

（申請者）

住所 _____

氏名 _____

（助成対象者との続柄） _____

生年月日 _____

電話 _____

アピアランスケア助成金の交付を受けたいので申請します。

また、申請内容の確認等に必要な場合は、助成対象者の住民登録の確認及び医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

対象者 <small>※申請者と同一の場合省略可</small>	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上			
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			
治療 状況	医療機関名		診療科		
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
過去の受給の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> エピテーゼ)			
助成対象 経費	区 分	<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 胸部補整具		<input type="checkbox"/> エピテーゼ
			右房用	左房用	
	補整具の内容 及び 購入年月日				
	購入費用計 (税込)	① _____ 円	④ _____ 円	⑦ _____ 円	⑩ _____ 円
	購入費用計 の1/3の額	② _____ 円 ①×1/3 千円未満切捨て	⑤ _____ 円 ④×1/3 千円未満切捨て	⑧ _____ 円 ⑦×1/3 千円未満切捨て	⑪ _____ 円 ⑩×1/3 千円未満切捨て
助成対象額	③ _____ 円 ②又は2万円の少ない 方の額	⑥ _____ 円 ⑤又は2万円の少ない 方の額	⑨ _____ 円 ⑧又は2万円の少ない 方の額	⑫ _____ 円 ⑪又は2万円の少ない 方の額	
助成金交付申請金額 (③+⑥+⑨+⑫)				_____ 円	
振込先 <small>※対象者の口座 ※対象者が未成年である場合は申請 者の口座</small>	金融機関名	銀行 信金 信組 農協			
	本・支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> (_____) 支店 出張所 代理店			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	_____	
	(フリガナ) 口座名義人	_____			

※対象者（対象者が未成年の場合は申請者）以外の口座を振込先とする場合、「委任状」が必要です。

第 号
年 月 日

様

旭川市長

旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました助成金について、旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

支給番号	第 号	
助成対象者		
区分	購入額	交付決定額
ウィッグ	円	円
胸部補整具	円	円
エピテーゼ	円	円
交付決定合計額		円

様式第3号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

旭川市長

旭川市がん患者のためのアピアランスケア助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました助成金について、次の理由により不交付と決定しましたので通知します。

理由