

## 西宮市がん患者アピアランスサポート事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、薬物療法・放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除など、がん治療による外見変貌を補完する補正具の購入費用を助成することにより、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 この要綱による助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件すべてに該当する者とする。

- (1) 第5条の規定による申請を行った日（本人死亡時は死亡日）において、西宮市内に住民票を有する者
- (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
- (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
- (4) 過去に兵庫県内の他の市町から同種の助成を受けていない者

### (助成対象補正具)

第3条 助成の対象となる補正具（以下「対象補正具」という。）は、次の表の通りとする。なお、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、対象外とする。

補正具の区分	要件
(1) 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含む。）対象者1人につき1台に限る。装着時の保護ネットについては上限3枚とする。
(2) 乳房補正具	次の各号のいずれかに該当する補正具 ア 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。） イ 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。）対象者1人につき1台（両側乳がんの場合は2台）に限る。

### (助成金額)

第4条 助成金額は、第2条に定める対象者1人につき、第3条に定める補正具毎に次の金額を限度とする。ただし、購入金額が次の金額に満たない場合は、購入実額とする。

- (1) 医療用ウィッグ 5万円
- (2) 乳房補正具 次のいずれかとする。
  - ア 補正下着 1万円
  - イ 人工乳房 5万円

(交付申請)

第5条 第2条に定める対象者で助成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、西宮市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼請求書（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。また、申請時に本人死亡の場合に限り、代理申請を可能とする。なお、代理申請にあたっては本人と代理人の関係を証明する書類を添付することとする。

(1) がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（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。）又はその写し

(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、台数の記載のあるもの。これらに加え、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、備考等に記載されているもの。）又はその写し

(3) 世帯の住民票（発行から3か月以内であり、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。本人死亡の場合は、それに加え住民票の除票。）又はその写し

(4) 別表に規定する対象者の所得を証明する書類又はその写し

(5) 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

(6) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、次に掲げる区分に応じ、当該各号に定める日までに行わなければならない。

(1) 対象補正具の購入日の属する月が4月から12月までの場合 対象補正具の購入日の属する年度の3月31日

(2) 対象補正具の購入日の属する月が1月から3月までの場合 対象補正具の購入日の翌日から起算して90日を経過した日

3 市長は、申請が行われた日を基準に、補助対象年度を判定するものとする。

4 市長は、補助の実施及び審査のため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及び購入先等に対し、申請の内容に関し必要な事項を聴取することができる。

5 申請は、対象者1人につき、第3条で定める補正具の区分ごとに1回を限度とする。

(助成金の交付決定等)

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、助成金の交付の可否及び金額を決定し、西宮市がん患者アピアランスサポート事業承認決定通知書（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、その理由を付した西宮市がん患者アピアランスサポート事業不承認決定通知書（様式第3号）により申請者に対して通知するものとする。

(助成金の返還)

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。

(個人情報の保護)

第8条 本事業に従事した者は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守するものとし、実施に関して知り得た市民の個人情報を他に漏らしてはならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

別表（第2条関係）

対象補正具を購入した者	前年（1月～5月の申請にあつては前々年）の所得額
未成年の場合 （既婚の場合を除く）	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
成年かつ未婚の場合 （民法（明治29年法律第89号） 第4条に定める成年をいう。）	対象補正具を購入した者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

附 則

この要綱は、令和3年10月1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。

(施行期日)

この要綱は、令和3年10月1日より実施する。

(施行期日)

この要綱は、令和4年4月1日より改正して実施する。

(施行期日)

この要綱は、令和5年4月1日より改正して施行する。