

## 鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者が、がん治療による脱毛や乳房の変化に対応するため使用するウィッグ等及び乳房補整具の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の経済的負担を軽減し、治療と就労等との両立など、がん患者の社会参加を支援することを目的とする鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業（以下「本事業」という。）の実施について必要な事項を定めるものである。

### (定義)

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

- (1) がん治療 医療機関において、がんと診断され、薬物療法、放射線療法、手術療法等のがんの治療をいう。
- (2) がん患者 がん治療を受けた者又は現在受けている者をいう。
- (3) ウィッグ等 がん治療に伴う脱毛に対応するために着用する医療用ウィッグ（全頭用）及び装着時に必要な頭皮保護用のネットをいう。
- (4) 乳房補整具 手術による乳房の変化に対応するための補整下着、補整パッド、専用入浴着及び人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）をいう。

### (対象者)

第3条 助成の対象となる者は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者（以下「対象者」という。）とする。

- (1) 助成金の交付申請日時点で、本市に住所を有する者
- (2) がん患者で、がん治療による脱毛又は乳房の変化に対応するためのウィッグ等又は乳房補整具を必要とする者
- (3) 助成金の交付申請日前に、本事業及び他の助成制度等によりウィッグ等又は乳房補整具の購入費用の助成又は給付を受けていない者

### (対象経費)

第4条 助成対象経費は、ウィッグ等及び乳房補整具の購入額（消費税額及び地方消費税額を含む対象者が購入に当たり実際に支払った額）とする。この場合において、付属品及びケア用品（クリーナー、ブラシ、シャンプー、リンス、スタンド、商品を保管する容器等をいう。）の購入費、購入のために要した送料及び交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書等に係る費用並びにサイズ調整、カット代又はセット等に係る費用は対象外とする。

### (助成金の額及び回数)

第5条 助成金の額は、次に掲げる額とする。

- (1) ウィッグ等 対象経費又は20,000円のいずれか少ない額

(2) 乳房補整具 対象経費又は10,000円のいずれか少ない額

2 助成金の交付申請及び助成金の受領（以下「申請等」という。）は、対象者1人につき前項の区分ごとに1回限りとし、ウィッグ等については1台限りとする。

（申請者）

第6条 申請等を行う者（以下「申請者」という。）は、原則として対象者とし、対象者がやむを得ない理由で自ら申請等を行うことができない場合は、他の者へ申請等を委任することができるものとする。ただし、対象者が未成年の場合、申請者はその保護者とする。

（申請及び期限）

第7条 申請者は、鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書（様式第1）に、次に掲げる書類を添付して、助成の対象となるウィッグ等又は乳房補整具の購入後、市長に提出するものとする。

(1) がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等の写し

(2) 助成対象となる物品の購入に係る領収書（申請者又は対象者の氏名、購入した年月日、品名、ウィッグ等又は乳房補整具の金額（購入金額の明細が分かるもの）、個数並びに領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもの。ただし、ウィッグ等については、ウィッグが全頭用であることが備考等に記載されているものに限る。）

(3) 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

(4) その他市長が必要と認める書類

2 対象者以外の者が申請者となる場合（対象者が未成年の場合を除く。）は、前項に掲げる書類に加えて、委任状（様式第2）を提出するものとする。

3 申請期限は、対象となるウィッグ等又は乳房補整具を購入した日の属する年度の末日とする。ただし、申請者又は対象者に申請期限までに申請することができないやむを得ない事情がある場合はこの限りでない。

（決定通知等）

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、当該申請に係る書類等を審査し、助成金の交付の可否及び助成金の額を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定による決定をしたときは、助成金を交付する場合は鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付決定及び交付確定通知書（様式第3。以下「決定通知書」という。）により、交付しない場合は鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業不交付決定通知書（様式第4）により、申請者に対し通知するものとする。

3 市長は、前項の規定により助成金を交付する決定を通知したときは、助成金を速やかに申請者の指定する口座に振り込むものとする。

（資格確認及び意見聴取）

第9条 市長は、第7条第1項に規定する申請書類に記載された対象者が、第3条各号の規定

に該当するかを確認するため、住民基本台帳情報を参照するとともに、必要に応じて関係機関に問い合わせることができるものとする。

(交付決定の取消し及び返還)

第10条 市長は、申請者が虚偽その他不正な手段により助成金の交付の決定を受けたことが明らかとなったときは、交付の決定の全部又は一部を取り消し、既に交付した助成金の全部又は一部の返還を求めることができる。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(鹿児島市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱及び鹿児島市がん患者乳房補整具購入費助成事業実施要綱の廃止)

2 次に掲げる要綱は、廃止する。

(1) 鹿児島市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱（令和4年4月13日制定）

(2) 鹿児島市がん患者乳房補整具購入費助成事業実施要綱（令和6年6月27日制定）

(経過措置)

3 この要綱の施行の日（以下「施行日」という。）前に、前項の規定による廃止前の鹿児島市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱及び鹿児島市がん患者乳房補整具購入費助成事業実施要綱（次項において「旧要綱」という。）の規定によりなされた申請、決定その他の行為は、この要綱の相当規定によりなされた行為とみなす。

4 施行日前に、旧要綱に規定する様式により作成された書類は、この要綱に規定する様式により作成された書類とみなす。

鹿児島市長 殿

鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

私は、鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。  
 また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧及び関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		対象者との続柄	電話番号
	氏名			
	住所	〒		
対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		□申請者と同じ	年 月 日
	住所	〒 □申請者と同じ		
がんの 治療状況	医療機関名		主治医名	
	治療方法	手術・化学・放射線・その他( )		
申請区分		ウィッグ等	乳房(胸部)補整具	
過去の受給の有無		有・無	有・無	
申請内容	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	商品名・型番			
	購入費(税込価格) ※付属品等は含まない	円	円	
	助成申請額	20,000円と購入費のいずれか低い額 円	10,000円と購入費のいずれか低い額 円	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 ( )		本店 支店	
	種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)	
	普通・当座			

添付書類

- がん治療を受けていることを証明する書類の写し(治療方針計画書、薬物療法に関する説明書、診断書等)
- 申請者又は対象者氏名、購入年月日、品名(商品名や型番など、乳房補整具及び全頭用ウィッグであることが分かるもの)、金額、個数、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるものの原本(領収書等)
- 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- 委任状(様式第2)(申請者と対象者が異なる場合) ※対象者が未成年の場合を除く。

委 任 状

年 月 日

鹿児島市長 殿

委任者

住所

氏名

印

電話連絡先

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業に係る次の権限を委任します。

委任事項

- 1 助成金の申請に関する件
- 2 助成金の請求に関する件
- 3 助成金の受領に関する件

受任者

住所

氏名

電話連絡先

※「委任者」欄には助成対象者（実際にウィッグ等又は乳房補整具を使用する方）を、「受任者」欄には申請者（代理で申請等を行う方）を記載してください。

第 号  
年 月 日

様

鹿児島市長

鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付決定及び交付確定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請については、下記のとおり決定し、確定したので通知します。

記

- |   |       |   |   |
|---|-------|---|---|
| 1 | 交付決定額 | 金 | 円 |
| 2 | 交付確定額 | 金 | 円 |

様式第4（第8条関係）

第 号  
年 月 日

様

鹿児島市長

鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請については、下記のとおり交付しないこととする決定をいたしましたので通知します。

記

不交付決定の理由