

香芝市告示第 8 3 号

香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱を次のように定める。

令和 6 年 7 月 1 6 日

香芝市長 三 橋 和 史

香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 がん治療に伴う外見の変化により自分らしさの喪失感を抱く市民に対し、社会生活の促進や経済的負担軽減を図ることを目的として、予算の範囲内で香芝市アピアランスケア支援事業補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、香芝市補助金等交付規則（平成 1 1 年規則第 6 号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第 2 条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、第 5 条第 1 項の規定による申請の日において、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 住民基本台帳法（昭和 4 2 年法律第 8 1 号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されている者
- (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) がん治療による脱毛又は乳房の切除に伴い、補整具を購入している者
- (4) 他の自治体を実施する補整具の購入に係る同様の補助を受けていない者

(補助対象経費等)

第 3 条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、次の表に掲げる経費とする。ただし、付属品、ケア用品等の購入に要する費用及び送料、代金決済手数料等の費用は含まないものとする。

区分	補助対象経費
医療用ウィッグ	がん治療による脱毛に対応するために着用する医療用ウィッグ（全頭用のもの。医療用ウィッグと同時購入する場合のみ、頭皮保護用ネットを含む。）の購入に係る費用
乳房補整具	がん治療（手術等）による乳房の形の変化に対応するための補整パッド又は人工乳房（補整パッド又は人工乳房と同時購入する場合のみ、これらを固定する下着を含む。）の購入に係る費用

2 補助金の交付は、補助対象者 1 人につき、前項の表に掲げる区分ごとに 1 回（乳房補整具については、両乳房用を 1 度に購入した場合は 1 回、左右そ

れぞれ購入した場合はそれぞれ1回)を限度とする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、補助対象経費の額に2分の1を乗じて得た額とし、2万円を上限とする。ただし、算出された補助金の額に1,000円未満の端数がある場合は、これを切り捨てる。

(補助金の交付申請等)

第5条 補助金の交付を申請しようとする者(以下「申請者」という。)は、対象となる補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書(第1号様式)に、次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、第3号に掲げる書類について、公簿等により確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

(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(がん治療による脱毛若しくは乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類に限る。)

(2) 補整具の購入に係る領収書の写し(購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。)

(3) 住民票の写し

(4) その他市長が必要と認める書類

2 申請者の実績は、前項に規定する申請書によって報告されたものとみなす。

(補助金の交付決定等)

第6条 市長は、前条第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、及び必要に応じて補助金に係る事項について関係機関に照会し、適当と認めるときは、補助金の交付を決定し、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書(第2号様式)により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定による審査及び照会の結果、補助金を交付しないことを決定したときは、香芝市アピアランスケア支援事業補助金不交付決定通知書(第3号様式)により、申請者に通知するものとする。

3 交付すべき補助金の額は、第1項に規定する補助金の交付の決定をもって確定したものとみなす。

(補助金の請求)

第7条 前条第1項の規定により補助金の交付の決定を受けた者は、速やかに香芝市アピアランスケア支援事業補助金請求書(第4号様式)により市長に請求しなければならない。

(その他)

第8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。

附 則

この要綱は、令和6年7月16日から施行し、同年4月1日以後に購入した補整具に係る申請について適用する。

第1号様式（第5条関係）

香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

香芝市長 様

香芝市アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

（申請者※1）

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
補助対象者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯（続柄： ） <input type="checkbox"/> 法定代理人（親権者又は後見人）※2 <input type="checkbox"/> その他任意代理人※3		

（補助対象者） 申請者が補助対象者本人でない場合は、記入してください。

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	

区 分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	乳房補整具 <input type="checkbox"/> 片房（左乳房・右乳房） <input type="checkbox"/> 両房
補整具の種類	<input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input type="checkbox"/> 頭皮保護用ネット	<input type="checkbox"/> 補整パッド・人工乳房 <input type="checkbox"/> 補整下着
購 入 日		
補助対象経費	円	円
補助申請額	補助対象経費×1/2（1,000円未満切り捨て。上限20,000円） 円	補助対象経費×1/2（1,000円未満切り捨て。上限20,000円） 円

私は、他の自治体を実施する補整具の購入に係る同様の補助金を受けていません。
私は、補助金の交付に関し、私の住民登録状況について関係公簿等を調査すること及び補助金に係る事項について関係機関に照会することに同意します。

添付書類

- (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（がん治療による脱毛若しくは乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類に限る。）
- (2) 補整具の購入に係る領収書の写し（購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。）
- (3) 住民票の写し（関係公簿等を調査することに同意する場合は不要です。）
- (4) その他

留意事項

- ※1 申請者に対して補助金の交付（不交付）決定を通知します。また、補助金の振込先は、申請者の口座です。
- ※2 申請者が法定代理人の場合は、法定代理人を証する書類が必要です。
- ※3 申請者が任意代理人の場合は、委任状（任意の様式）及び任意代理人の本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等）が必要です。

第2号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長 印

香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった香芝市アピアランスケア支援事業補助金について、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり通知します。

1 補整具の区分

2 交付決定金額 金 円

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長 印

香芝市アピアランスケア支援事業補助金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった香芝市アピアランスケア支援事業補助金について、不交付と決定しましたので、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第6条第2項の規定により、通知します。

不交付の理由

第4号様式（第7条関係）

年 月 日

香芝市長 様

住 所
氏 名
電話番号

香芝市アピランスケア支援事業補助金請求書

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた香芝市アピランスケア支援事業補助金について、香芝市アピランスケア支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

請求額 金 円

振込先（申請者名義の口座に限る。）

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金の種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		