

○八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱

令和6年6月7日

告示第226号

(趣旨)

第1条 この要綱は、アピアランスケア用品（がん治療に伴う外見の変化を補完し、その苦痛を軽減する用具をいう。以下同じ。）を購入した者に対し、八潮市アピアランスケア用品購入費助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（第4条において「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 助成金の交付を申請する時点において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者
- (2) がん治療による外見の変化に伴い、アピアランスケア用品を購入した者
- (3) 他の自治体で同様の助成金の交付を受けていない者

(助成対象用具)

第3条 助成金の交付の対象となるアピアランスケア用品（以下「助成対象用具」という。）は、次の表のとおりとする。ただし、附属品及び手入れに要するもの（クリーナー、リンス、ブラシ等）は、助成の対象としない。

区分	助成対象用具
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
その他補整具	補整下着、補整パッド、専用入浴着、ノンワイヤーソフトブラ、人工乳房、人工ニップル、顔面の補綴 ^{てつ} その他身体の欠損を補うことを目的として体表に取り付ける人工物

(助成額)

第4条 助成金の額は、前条の表に掲げる区分ごとに算出するものとし、それぞれ20,000円又は購入した助成対象用具の合計額のうち、いずれか少ない額とする。ただし、助成金の交付は、助成対象者1人につきそれぞれの区分ごとに1回を限度とする。

(助成の申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、助成対象用具を購入した日から起算して5年以内に八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請

書兼交付請求書(様式第1号)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。

- (1) がん治療に伴い、頭部の脱毛又は身体の欠損が生じたことを証明する書類（診療明細書、診断書、治療方針計画書、クリニカルパス等）の写し
- (2) 助成対象用具の購入に係る領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるものに限る。）
- (3) その他市長が必要と認める書類
（助成の決定）

第6条 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、助成の可否を決定する。

2 市長は、前項の規定により助成することを決定したときは、八潮市アピアランスケア用品購入費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。

3 市長は、第1項の規定により助成しないことを決定したときは、八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付不承認決定通知書（様式第3号）にその旨及び理由を明示し、申請者に通知する。

（助成金の返還）

第7条 市長は、虚偽その他の不正な手段により助成金の交付を受けた者に対し、その全部又は一部を返還させるものとする。

（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

この告示は、公布の日から施行し、令和6年4月1日以後に購入した助成対象用具の購入費用について適用する。

様式第1号(第5条関係)

八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

(宛先)八潮市長

申請者 住 所

ふりがな

(請求者)氏 名

印

電話番号

対象者が未成年の場合は、以下も記入してください。

(対象者との続柄)

八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を閲覧し、及び調査すること並びに必要に応じて医療機関等へ問い合わせることに同意します。

1 対象者

ふりがな		生年月日
氏 名	☐ 申請者と同一	年 月 日
住 所	☐ 申請者と同一	
電話番号	☐ 申請者と同一	

2 助成対象費用

区分	ウィッグ等	その他補整具
購入年月日 〔複数購入の場合は、 最も古い購入日を記入〕	年 月 日	年 月 日
購入合計額	税込 円	税込 円
助成上限額	20,000 円	20,000 円
助成対象額	ア 円	イ 円
申請(請求)額	円(※アとイの合計額を記入してください。)	

3 振込先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
口座番号	フリガナ 口座名義 (申請者と同一)	

4 添付書類及び確認事項

【確認した上で☑を付けてください。】
☐ がん治療に伴い、頭部の脱毛又は身体の欠損が生じたことを証明する書類(診療明細書、診断書、治療方針計画書、クリニカルパス等)の写し
☐ 助成対象用具の購入に係る領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるものに限る。)
☐ 振込先が確認できるもの
☐ 過去に他の自治体で同様の助成を受けていません。

様式第2号(第6条関係)

第 号
年 月 日

____ 様

八潮市長

八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました標記助成金については、下記の金額を
交付することに決定しましたので通知します。

記

助成金交付金額 金 _____ 円

【問合せ】

担当：

電話：

様式第3号(第6条関係)

第 号
年 月 日

_____様

八潮市長

八潮市アピアランスケア用品購入費助成金交付不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました標記助成金については、下記の理由により不承認と決定しましたので通知します。

記

不承認とした理由

【問合せ】

担当：
電話：

様式第 1 号 (第 5 条関係)

様式第 2 号 (第 6 条関係)

様式第 3 号 (第 6 条関係)