

神戸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。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、神戸市とする。

(対象者)

第3条 本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時（本人死亡時は死亡日）に神戸市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) 対象補正具を、令和3年4月1日以降に購入した者
- (4) 過去に県内市町から対象補正具と同種の補助を受けていない者

(補助対象補正具)

第4条 補助対象となる補正具は、次の表のとおりとする。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）、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。

区分		要件
(1)	ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用するもの（装着時に皮膚を保護するネット含む）。1人1台に限る。
(2)	乳房補正具	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）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）のいずれかとする。なお、人工乳房については、両側乳がんを除き、1人1台に限る。

(補助金額等)

第5条 補助金額は、第3条に定める対象者1人につき、第4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) ウィッグ等 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

- 2 市長は、前項で定める補助金額の半額を負担するものとする。
- 3 知事は、第1項で定める補助金額のうち、市長の負担を除いた額を負担するものとする。

(補助の申請)

第6条 第3条に定める対象者で補助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、神戸市がん患者アピアランスサポート事業補助申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）により、次の書類を添え、神戸市長に申請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。写し可。）
- (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、合計金額、品名、金額、台数（個数）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。写し可。）
- (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。写し可。）本人死亡の場合はそれに加え、住民票の除票（写し可。）
- (4) 別表に記載する所得を証明できる書類（写し可。）
- (5) 補助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 前項の申請期限については、次のとおり取り扱うものとする。

- (1) 4月から12月までの間に補助対象補正具を購入した場合 購入日の属する年度内
- (2) 1月から3月までの間に補助対象補正具を購入した場合 購入日の翌日から起算して90日を経過した日まで

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るときは、申請書の記載事項について、申請者、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して、聴取することができる。

5 申請は、対象者1人につき、第4条で定める補正具の区分ごとに1回を限度とする。

(補助金の支給)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、補助金額を決定し、神戸市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付決定通知書(様式第2号)を速やかに申請者に送付するとともに、補助金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 知事は、県の負担相当額を市長に交付する。

3 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、その理由を付した神戸市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付不承認通知書(様式第3号)を速やかに申請者に送付するものとする。

(県への意見聴取)

第8条 市長は、本事業利用の決定にあたり、必要と認める場合には、県の意見を求めることができる。

(補助金の返還)

第9条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の支給を受けた者に対し、その全部を返還させることができる。

(関係台帳の整備)

第10条 市長は、本事業の台帳を備え、必要な事項を記載しておくこととする。

(個人情報の取扱い等)

第11条 県及び市は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するとともに申請者及びその家族の心情に充分配慮した対応を取るものとする。

(事業の周知)

第12条 県及び市は、本事業について広報、周知等に努め、利用機会の拡大に努めるものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年6月15日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表（第3条第四号関係）

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
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
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