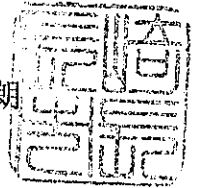


長崎市告示第 437 号

長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱を次のように定める。

令和 6 年 6 月 17 日

長崎市長 鈴木 史 朗



長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱

(目的)

第 1 条 この要綱は、がん患者等のがん治療に伴う外見の変化による精神的負担及びその変化を補完するためのアピアランスケア用品の購入に伴う経済的負担の軽減を図り、がん治療と社会生活の両立を支援するため、アピアランスケア用品の購入に係る費用を助成する長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成事業（以下「助成金」という。）の実施について、長崎市補助金等交付規則（昭和 63 年長崎市規則第 21 号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めることを目的とする。

(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) がん患者等 がん患者及びがん経験者をいう。
- (2) アピアランスケア用品 がん治療に伴う外見の変化を補うための用品をいう。

(助成対象者)

第3条 助成金の交付の対象となる者（以下「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) 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、がんの治療を受けた者又は現に受けている者
- (3) 国又は地方公共団体から他の制度による同趣旨の補助金等を受けていない者

（助成対象費用等）

第4条 助成金の交付の対象となる費用（以下「助成対象費用」という。）、助成金の額及び助成の回数の上限は、別表の区分に応じ、それぞれ同表に定めるとおりとする。

（交付の申請）

第5条 助成金の交付の申請をしようとする者（その者が未成年である場合にあっては、同者の法定代理人。）は、助成金申請書兼請求書（第1号様式）に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) がんの治療を受けたこと又は現にがんの治療を受けていることが確認できる書類
- (2) アピアランスケア用品を購入したことを証する書類
- (3) 振込先口座を確認できる通帳等の写し（申請者名義の口座に限る。）
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 規則第3条第2項の規定により、同条第1項第1号から第3号までに掲げる書類の添付は省略させるものとする。

3 申請書は、アピアランスケア用品の購入が完了した日の翌日から起算して1年以内に提出しなければならない。

（申請の取下げ）

第6条 規則第7条第1項に規定する別に定める期日は、規則第6条第1項の通知を受領した日から起算して30日を経過した日とする。

(助成金の返還)

第7条 市長は、申請者が虚偽の申請その他不正の行為により助成金の交付を受けていると認めるとき又はこの要綱に規定する事項に違反していると認めるときは、当該交付した助成金の全部又は一部の返還を命じることができる。

(助成金の交付手続の特例)

第8条 規則第21条の規定により、規則第12条及び規則第13条に規定する手続は、省略するものとする。

(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。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行し、令和6年4月1日以後に購入したアピアランスケア用品に係る助成金について適用する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和11年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに助成金の交付の決定を受けた者に係るこの要綱の規定については、同日以降もなおその効力を有する。

別表（第4条関係）

区分	助成対象費用	助成金の額	助成金の回数 の上限
ウィッグ等	<p>次に掲げるアピアランスケア用品の購入に係る費用（次の各号の費用を合算した費用でも可）</p> <p>(1) ウィッグ</p> <p>(2) 装着用ネット</p> <p>(3) 毛付き帽子</p>	<p>左欄に掲げる費用に2分の1を乗じた額（その額に1,000円未満の端数がある場合は、これを切り捨てた額）とし、2万円を限度とする。</p>	<p>1人につき 1回</p>
乳房補整具等	<p>次に掲げるアピアランスケア用品の購入に係る費用（次の各号の費用を合算した費用でも可）</p> <p>(1) 補整パッド</p> <p>(2) 補整下着</p> <p>(3) 人工乳房</p> <p>(4) 人工乳頭</p> <p>(5) 専用入浴着</p>	<p>左欄に掲げる費用に2分の1を乗じた額（その額に1,000円未満の端数がある場合は、これを切り捨てた額）とし、2万円を限度とする。</p>	<p>1人につき 左右の乳房 切除毎にそ れぞれ1回</p>

長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

（あて先）長崎市長

長崎市がん患者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、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		助成対象者との続柄 ※対象者が未成年の場合、申請者は法定代理人	
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住所	(〒 - )		
助成対象者	申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です。			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(〒 - )		
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円 (税込)	円 (税込)	
	助成金額	円	円	

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	本店・支店 出張所	口座 種別	普通・当座
フリガナ	口座 番号				
口座名義人					

同意及び確認事項  にチェックを付けてください。

- 私（助成対象者）は、申請する対象の区分で、過去に長崎市の助成を受けていません。また、国又は地方公共団体から助成を受けていません。
- 私（申請者）は、長崎市暴力団排除条例（平成24年長崎市条例第59号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。また、市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。
- 私（申請者）は、審査に必要な情報の確認及び調査に同意します。