

新潟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、がん患者の治療によるアピアランス（外見）の変化に伴う苦痛や経済的な負担を軽減するとともに、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の向上を図り、治療と社会参加等の両立を支援するため、ウィッグ等のアピアランスケアに係る用具（以下「アピアランスケア用具」という。）の購入費を助成することについて、新潟市補助金等交付規則（平成16年新潟市規則第19号）に定めるもののほか、必要な事項を定める。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件をすべて満たす者とする。

- (1) 市内に住所を有する者（未成年者の場合、その法定代理人が市内に住所を有する場合を含む）
- (2) がんと診断され、その治療に起因する脱毛、乳房の切除などに伴い、アピアランスケア用具が必要である者又は必要となると想定される者
- (3) 過去に次条第1項の表に定める同一区分のアピアランスケア用具の助成を受けていない者

2 助成対象者（助成対象者が未成年者の場合、その法定代理人）は、アピアランスケア用具の購入費の助成を申請することができる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は、助成を受けることができない。

- (1) 市税を滞納している者
- (2) 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2項に規定する暴力団をいう。以下同じ。）、暴力団員（同条第3項に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者

(助成対象費用)

第3条 助成の対象となるアピアランスケア用具は、次の表に定めるとおりとし、区分ごとに1回を限度とする。

区分	助成の対象となる用具
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
胸部補整具	補整下着、パッド
人工乳房	人工乳房、人工乳頭

2 次に掲げる費用は、助成の対象としない。

- (1) 別途購入したアピアランスケア用具のメンテナンス用品（スタンド、ブラシ、シャンプー、クリーナー等）の費用、アピアランスケア用具の修理費又はアピアランスケア

用具の購入のために要した交通費、送料等の費用

(2) 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの

(助成額)

第4条 助成額は、アピアランスケア用具の購入費の2分の1以内の額とし、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額を上限額とする。

- | | |
|-----------|---------|
| (1) ウィッグ等 | 25,000円 |
| (2) 胸部補整具 | 25,000円 |
| (3) 人工乳房 | 50,000円 |

2 前項の助成額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

(助成の申請)

第5条 アピアランスケア用具の購入費の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、アピアランスケア用具を購入した後にアピアランスサポート事業助成申請書兼報告書(様式第1号)(以下「申請書」という。)に次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) アピアランスケア用具の購入時の領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの)
- (2) がん治療の内容が確認できる書類の写し
- (3) 振込先口座の通帳の写し(申請者名義の口座に限る)
- (4) 申請者の納税証明書(新潟市制度用)
- (5) 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月までの間にアピアランスケア用具を購入した場合、購入日の属する年度の末日まで
- (2) 1月から3月までの間にアピアランスケア用具を購入した場合、購入日の翌日から起算して90日を経過する日まで

3 市長は、申請を受け付けた日を基準に、補助対象年度を判定するものとする。

(助成等の決定及び通知)

第6条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、当該申請書の内容を審査し、予算の範囲内において助成の可否を決定するものとする。

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、アピアランスサポート事業助成決定通知書兼助成額確定通知書(様式第2号)により申請者に通知し、確定した額の助成金を指定された口座へ速やかに支払うものとする。

3 市長は、第1項の規定により助成をしないことを決定したときは、アピアランスサポー

ト事業助成却下決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（決定の取り消し）

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定を取り消し、すでに助成した額の全部または一部を返還させることができる。

- （1）申請者又は助成対象者が第2条に規定する要件を満たさないと認められたとき
- （2）虚偽又は不正の行為によりアピアランスケア用具購入費の助成を受けたとき
- （3）本事業の目的に反したアピアランスケア用具の使用や譲渡、貸与したとき又は担保に供したとき
- （4）その他助成が不相当と認められたとき

（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

（施行期日）

1 この要綱は、令和5年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 令和5年度は、令和5年4月1日以降に購入したアピアランスケア用具の購入費を助成の対象とする。

様式第1号（第5条関係）

アピランスサポート事業助成申請書兼報告書

年 月 日

（宛先）新潟市長

新潟市がん患者アピランスサポート事業実施要綱に基づくアピランスケア用具購入費の助成について、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ				助成対象者との続柄		
	氏名				※対象者が未成年の場合 申請者は法定代理人		
	生年月日	年	月	日	電話番号		
	住所	〒					
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同ーの場合、対象者欄は記載不要です。）						
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				電話番号		
	住所	〒					
過去における本事業による助成の有無		無 ・ 有 （ ウィッグ等 ・ 胸部補整具 ・ 人工乳房 ）					
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等		<input type="checkbox"/> 胸部補整具		<input type="checkbox"/> 人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	購入金額	円（税込）		円（税込）		円（税込）	
	購入金額×1/2	ア	円 (1円未満切捨)	エ	円 (1円未満切捨)	キ	円 (1円未満切捨)
	助成上限額	イ	25,000円	オ	25,000円	ク	50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額		エ又はオのいずれか低い額		キ又はクのいずれか低い額	
助成合計額		円（ウとカとケの合計額）					
添付書類	<input type="checkbox"/> アピランスケア用具購入時の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> がん治療の内容が確認できる書類の写し（がん治療に伴いアピランスの変化が生じたことがわかるもの） <input type="checkbox"/> 振込先口座（申請者名義に限る）の通帳の写し（金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義人の分かるもの） <input type="checkbox"/> 申請者の納税証明書（新潟市制度用） <input type="checkbox"/> その他市長が必要とする書類（ ）						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協				支店名	本店・支店 出張所
	口座番号					口座名義人 (申請者と同ー)	カナ 氏名
	普通・当座 (どちらかに○)						

（裏面あり）

アピアランスサポート事業助成に関する同意書兼宣誓書

申請者本人について、下記内容に同意できる又は宣誓できる場合は□にチェックを入れ署名をしてください。

- 氏名、住所、生年月日及び続柄について、住民基本台帳にて確認することを同意します。
- 市税の納付状況、徴収の猶予・課税の減免の申請等の状況について、納税課、市民税課、資産税課へ照会する必要があることを同意します。
- 本申請に関するアピアランスケア用具について、購入した店舗等に照会する必要があることを同意します。
- 購入費用の助成を受けたアピアランスケア用具について、目的に反した使用や譲渡、貸与又は担保には供しません。
- 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2項に規定する暴力団をいう。以下同じ。）。暴力団員（同条第3項に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。

年 月 日

署名 _____

【新潟市処理欄】

経由印	受付印	備考

新 第 号
年 月 日

様

新潟市長 印

アピアランスサポート事業助成決定通知書兼助成額確定通知書

先に申請のあったアピアランスケア用具購入費の助成を決定し、次のとおり助成額を確定しましたので通知します。

支給番号		第 号	
助成対象者	氏名		
	住所		
区分	購入額	助成額	
ウィッグ等	円	円	
胸部補整具	円	円	
人工乳房	円	円	
助成合計額		円	

※助成金は、申請書に記載の口座へ概ね1カ月以内に振り込みます。

新 第 号
年 月 日

様

新潟市長 印

アピアランスサポート事業助成却下決定通知書

先に申請のあったアピアランスケア用具購入費の助成について、次の理由により助成できませんので通知します。

記

理由