

沖縄市がん患者アピアランスケア助成事業実施要綱

(令和6年5月14日決裁)

改正 令和6年7月31日決裁

令和6年11月27日決裁

令和7年4月10日決裁

令和8年7月16日決裁

(目的)

第1条 がん患者のがん治療による外見の変化を補完する補整具（ウィッグ又は乳房補整具）の購入費用の一部を助成することにより、がん患者の心理的・経済的負担軽減及び療養生活の質の向上を図るため、がん患者アピアランスケア助成事業（以下「本事業」という。）の実施に当たり、沖縄市補助金等交付規則（平成30年沖縄市規則第11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ものとする。

(交付対象者)

第2条 助成金の交付対象者は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 沖縄市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、その治療を受けた者又は現に受けている者であって、当該治療による外見の変化を補完する補整具を必要とする者
- (3) 申請を行う補整具に対して、他の補助等を受けていないこと。
- (4) 申請を行う補整具に対して、過去に 沖縄県内の他市町村から 同種の補助を受けていないこと。
- (5) 暴力団（沖縄市暴力団排除条例（平成23年沖縄市条例第15号）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員（同条第2号に規定する暴力団員をいう。）でない者又はこれらに関わっていない者

(助成対象補整具及び助成回数)

第3条 助成対象補整具と助成回数は、次の表のとおりとする。

補整具の区分	助成対象補整具等	助成回数
頭髮補整具	ウィッグ本体（頭皮保護用のネット含む。）	1回
乳房補整具	補正パッド、補正下着、人工乳房	右乳房、左乳房毎に1回

- 2 前項に掲げる助成対象補整具等について、本体価格に含まれない付属品やケア用品（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。

(助成金額)

第4条 助成金の額は、第2条第1項に定める対象者1人につき、前条に定める区分ごとに2万円を限度とする。

(交付申請)

第5条 助成金の交付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、沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次の書類を添付し、市長に申請しなければならない。

- (1) 診療明細書の写しなどがん治療を受療している又は受療していたことが分かる書類
- (2) 対象補整具の購入に係る領収書の原本（購入日（同日であれば領収日も可）、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。）
- (3) 現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、本市において確認が可能な場合は省略可。）
- (4) 助成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
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の申請の期限については、次のとおり取り扱うものとする。

- (1) 4月から12月までの間に助成対象の補整具を購入した場合 購入日の属する年度内
- (2) 1月から3月までの間に助成対象の補整具を購入した場合 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、助成対象年度を判定するものとする。

4 市長は、助成の実施及び審査のため必要があると認めたときは、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。

(交付決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、これを審査し、適当と認めたときは、沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付決定通知書（様式第2号）を申請者に通知しなければならない。

2 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、その理由を付した沖縄市がん患者アピアランスケア助成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。

(事情変更による交付の決定の取消し等)

第7条 市長は、天災地変その他予算の執行に特別の必要が生じたときは、助成金等の交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又はその決定の内容若しくはこれに付した

条件を変更することができる。ただし、特に市長が認める部分については、この限りではない。

(助成金の交付)

第8条 市長は、第6条第1項の規定により助成金の交付が決定をしたときは、速やかに助成金を申請者に交付することとする。

(助成金の取消)

第9条 市長は、助成金の交付の決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取消することができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により助成金の交付決定を受けたとき。
- (2) アピアランスケア補整具をその目的以外に使用したとき。
- (3) 助成金等の交付の決定の内容又はこれに付した条件に適合しないとき。
- (4) その他この要綱に違反したとき。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付決定の取消しを行うときは、沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付決定取消通知書（様式第4号）により交付決定者に通知するものとする。

(理由の提示)

第10条 市長は、前条第1項の規定により助成金の交付の決定を取り消すときは、交付決定者に対してその理由を示さなければならない。

(助成金の返還)

第11条 市長は、第9条第1項の規定により助成金の交付の決定を取消した場合において、既に助成金が交付されているときは、交付決定者に対し、期日を定め沖縄市がん患者アピアランスケア助成金返還請求書（様式第5号）により、その返還を指示するものとする。

(違約金及び延滞利息)

第12条 前条に基づき助成金の交付を受けた者が助成金を返還した場合又は返還すべき期限までに納付しなかった場合は、規則第21条で定める違約金及び延納利息を助成金の交付を受けた者に請求することができる。

(他の補助金等の一時停止等)

第13条 交付決定者に対し助成金の返還を指示し、交付決定者が当該助成金にかかる違約金又は延納利息の全部又は一部を納付しない場合において、市長は、交付決定者に対して交付すべき補助金等があるときは、相当の限度においてその交付を一時停止することができるものとする。

(関係台帳の整備)

第14条 市長は、沖縄市がん患者アピアランスケア助成金事業台帳（様式第6号）を備え、必要な事項を記載しておくこととする。

(関係台帳の保管)

第 15 条 市長は、本事業に係る助成金の収支状況を明らかにする帳簿その他関係書類を整理し、これらを 5 年間保管しなければならない。

(補則)

第 16 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)

この要綱は、令和 6 年 6 月 3 日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

附 則(令和 6 年 7 月 31 日決裁)

この要綱は、令和 6 年 7 月 31 日から施行する。

附 則(令和 6 年 11 月 27 日決裁)

この要綱は、令和 6 年 11 月 27 日から施行する。施行前の申請については、従前の例に従うものとする。

附 則(令和 7 年 4 月 10 日決裁)

この要綱は、令和 7 年 4 月 10 日から施行する。

附 則(令和 8 年 7 月 16 日決裁)

この要綱は、令和 8 年 7 月 16 日から施行する。施行前の申請については、従前の例に従うものとする。

様式第 1 号(第 5 条関係)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

[別紙参照]

様式第 2 号(第 6 条関係)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付決定通知書

[別紙参照]

様式第 3 号(第 6 条関係)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付不承認通知書

[別紙参照]

様式第 4 号(第 8 条関係)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付決定取消通知書
[別紙参照]

様式第 5 号(第 10 条関係)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金返還請求書
[別紙参照]

様式第 6 号(第 13 条関係)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金事業台帳
[別紙参照]

様式第 1 号（第 5 条関係）

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

沖縄市長 様

（申請者）（〒 - ）

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。

☐ 沖縄市から医療機関に対し治療内容を照会すること。

☐ 沖縄市から購入先に対し購入内容について照会すること。

☐ 沖縄市から沖縄県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。

☐ 沖縄市から沖縄県に対し、本申請書の写し及び添付書類の写しを提供すること。

1 対象がん患者	ふ り が な					申請者との関係	
	氏 名						
	住 所	□申請者と同じ					
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）					
2 補助対象経費	補整具の種類 【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補整具（右側）		乳房補整具（左側）		
	購 入 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用（税込）	ア 円	エ 円	キ 円			
	補 助 限 度 額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円			
	補 助 対 象 額	ウ 【ア・イのうち低い額】 円	カ 【エ・オのうち低い額】 円	ケ 【キ・クのうち低い額】 円			
3 補助申請額	円						
4 確認事項	☐ 申請にかかる補整具に対して、他の補助等を受けていない ☐ 申請にかかる補整具に対して、過去に沖縄県内の他の市町村から補助を受けていない ☐ 暴力団または暴力団員でないこと、またはこれらに関わっていない						
5 添付書類	☐ 診療明細書の写しなどががん治療の受療している（していた）ことが分かる書類 ☐ 対象補整具の購入に係る領収書の原本（購入日（同日であれば領収日も可）、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。） ☐ 現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。対象者が未成年である場合は、対象者の者に加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、市町村において確認が可能な場合は省略可。） ☐ 振込先が確認できる金融機関の通帳またはカードの写し						
6 振込	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所		預金種別	普通 当座 その他	
	口座名義			口座番号			
	※カタカナで記載。申請者と同一であること。						
特記事項（行政機関使用欄）							

様式第 2 号（第 6 条関係）

第 号

年 月 日

様

沖縄市長

（公印省略）

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました沖縄市がん患者アピアランスケア助成金について、下記のとおり承認します。

記

- 1 対象者名
- 2 補助金額金 円
- 3 支給予定 年 月 日
- 4 振込先申請書記載のとおり

（留意事項）

申請内容に虚偽があることが分かった場合、交付決定を取り消します。

様式第 3 号（第 6 条関係）

第 号

年 月 日

様

沖縄市長

（ 公 印 省 略 ）

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付不承認通知書

年 月 日付で申請のありました沖縄市がん患者アピアランスケア助成金について、
下記の理由により不承認とします。

記

対 象 者 名

不承認の理由

様式第 4 号（第 9 条関係）

第 号
年 月 日

様

沖縄市長
（ 公 印 省 略 ）

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付決定取消通知書

年 月 日付で申請のあった沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請について、下記の理由により交付決定を取り消します。

記

取消し理由	
-------	--

以上

様式第 5 号（第 11 条関係）

第 号
年 月 日

様

沖縄市長
(公 印 省 略)

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金返還請求書

年 月 日付 第 号で取消した上記の助成金について沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第 11 条により、次の通り返還を請求します。

記

1. 助成金の名称	沖縄市がん患者アピアランスケア助成金
2. 返還すべき金額	金 円
3. 返還期限	年 月 日
4. 返還請求の理由	
5. 返還方法	
6. 交付決定通知年月日	年 月 日
7. 交付決定額	金 円

様式第 6 号（第 14 条関係）

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金事業台帳

○年度 沖縄市

【1. ウィッグ】

申請年月日	対象者氏名	生年月日	購入年月日	購入金額（税込）	助成対象額	助成決定状況	備考
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	

【2. 乳房補整具（右側）】

申請年月日	対象者氏名	生年月日	購入年月日	購入金額（税込）	助成対象額	助成決定状況	備考
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	

【3. 乳房補整具（左側）】

申請年月日	対象者氏名	生年月日	購入年月日	購入金額（税込）	助成対象額	助成決定状況	備考
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円	円	承認・不承認	

助成対象額：20,000 円または購入金額（税込）を比較して低い額