

佐世保市アピアランスケア助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がん患者及びがん経験者（以下、「がん患者等」という。）に対し、第3条に定める補整具等購入費の助成を行うことで、今後の社会参加を促進し、がん患者等が尊厳を持って生活する一助となることを目的とする助成金の交付に関し、佐世保市補助金等交付規則（平成17年規則第53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。

(助成対象の用具等)

第2条 助成金交付の対象となる用具は次表のとおりとする。

区分	助成の対象となる用具
医療用ウィッグ	医療用ウィッグ、装着用ネット、毛付帽子など
乳房補整具等	補整パッド、補整下着、専用入浴着 その他補整具として認められるもの

(助成金額)

第3条 助成金の額は、前条に定める区分ごとに次の各号に定める額を上限とする。

- (1) 医療用ウィッグ 2万円
- (2) 乳房補整具等 2万円

(助成対象者)

第4条 助成対象者となるがん患者等は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 佐世保市に住民登録を有する者
- (2) がんと診断され、がんの治療を受けた者または現に受けている者
- (3) 助成対象の用具について、他の自治体、団体等から補助を受けていない者
- (4) 佐世保市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団または暴力団員と密接な関係を有しない者
- (5) 第2条に定める区分において、過去に助成を受けたことのない者

(助成金の申請)

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は、その法定代理人）は、助成金申請書兼請求書（様式第1号）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) 市内に住所があることが分かる書類
- (2) がんの治療を受けたことまたは現にがんの治療を受けていることが確認できる書類の写し
- (3) 用具の購入に係る領収書または明細書の写し
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

(申請の期限)

第6条 前条の申請は、第2条に定める用具等を購入した日から2年を経過するまでに行わなければならない。

(施行以前に購入した用具への適用)

第7条 この要綱の施行日以前に購入した用具等についても、各条の規定を満たす場合は助成対象として取り扱う。

(助成金の交付・不交付の決定及び通知)

第8条 市長は、前条の申請があったときはその内容を審査し、助成金の交付を決定する場合は、助成金交付決定通知書(様式第2号)により通知する。

2 前項の審査の結果、助成金の不交付を決定する場合は、申請者に助成金不交付決定通知書(様式第3号)により通知する。

(助成金の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正な行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者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。

(手続きの委託)

第10条 市長は、本要綱に規定する事務の一部を委託することができる。

(補助金に係る手続の省略等)

第11条 規則第11条及び第12条の規定による手続は、これを省略するものとし、規則第14条の規定による手続は、これを第5条の規定による申請と併合するものとする。

(その他)

第12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17日から施行する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

附 則

この要綱は、令和6年8月16日から施行する。

(様式1号)

令和 年 月 日

佐世保市アピアランスケア助成金申請書兼請求書

佐世保市アピアランスケア助成事業実施要綱に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、交付決定後には指定する口座への振り込みを請求します。

住 所	佐世保市		
氏 名	印	電話番号	
法定代理人の場合、その氏名			
助成対象	医療用ウィッグ ・ 乳房補整具		
助成金額	金 円		
振込先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)		
その他	本申請にあたり、私は以下の点について確認し、間違いないことを証明します。 ・用具購入に際し、他自治体・団体等の助成を受けていないこと。 ・申請する助成対象の区分で、過去に佐世保市の助成金交付を受けていないこと。 ・佐世保市暴力団排除条例第2条に基づく暴力団または暴力団員との密接な関わりがないこと。		

様式第2号（第8条関係）

佐世保市指令○健第 号

〇〇 年 月 日

佐世保市〇〇町〇〇
〇〇 〇〇 様

佐世保市長 〇〇 〇〇 印

佐世保市アピランスケア助成金交付決定通知書

〇〇 年 月 日に申請された佐世保市アピランスケア助成金について、交付を決定しましたので通知します。

助成金については、下記の日に応書記載の指定先へ振り込みます。

交付予定日：〇〇 年 月 日（曜日）

様式第3号（第8条関係）

佐世保市指令○健第 号

〇〇 年 月 日

佐世保市〇〇町〇〇
〇〇 〇〇 様

佐世保市長 〇〇 〇〇 印

佐世保市アピアランスケア助成金不交付決定通知書

〇〇 年 月 日に申請された佐世保市アピアランスケア助成金について、下記のとおり交付しないことに決定しましたので、佐世保市アピアランスケア助成事業実施要綱第8条第2項の規定により通知します。

記

（交付しない理由）

- ・
- ・
- ・