

小林市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 市は、がん患者の心理的・経済的負担の軽減及び療養生活の質の向上を図るため、外見の変化を補完する補整具等の購入費用に対し、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、その交付については、補助金等の交付に関する規則（平成18年小林市規則第65号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この告示の定めるところによる。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) がん患者 医療機関において、がんと診断され、薬物療法、放射線療法、手術療法等のがんの治療（以下「がん治療」という。）を受けた者又は現に受けている者をいう。
- (2) アピアランスケア 医学的、整容的、心理社会的支援を用いて、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアのことをいう。

(補助対象者)

第3条 この補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。ただし、市長が適当と認める者については、この限りでない。

- (1) 申請日において市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、がん治療を受けた者又は現に受けている者
- (3) この告示及び他の助成制度等によりウィッグ等又は乳房補整具等の購入の費用の助成を受けていない者

- (4) 本人及び同一世帯で県税及び市税等を滞納していない者
 - (5) 小林市暴力団排除条例（平成 23 年小林市条例第 25 号）第 2 条第 3 号に規定する暴力団関係者でない者
- （補助対象経費及び補助金の額）

第 4 条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、次の表に掲げる用具の購入に要した費用（令和 8 年 4 月 1 日以降に購入したものに限る。）とする。ただし、付属品並びにケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）、購入のために要した送料、交通費及び振込手数料等は除く。

区分	用具
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子等
乳房補整具等	人工乳房（乳房再建術で挿入するものを除く。） 補整パッド、補整下着、専用入浴着 等

- 2 補助金の交付の回数は、補助対象者 1 人につき、前項の表に定める区分ごとに個数にかかわらず 1 回限りとする。
- 3 補助金の額は、補助対象経費及び次に掲げる補助限度額のいずれか少ない方の額とする。
 - (1) ウィッグ等（18 歳以下の者） 4 万円
 - (2) ウィッグ等（19 歳以上の者） 2 万円
 - (3) 乳房補整具等 1 万円

（補助金の交付の申請）

第 5 条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、小林市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書（様式第 1 号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、市長がやむを得ないと認める場合については、この限りでない。

- (1) がん治療を受けた又は現に受けていることが確認できる書

類（がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等で、申請者氏名、医療機関名、がんの診断名、がん治療内容が記載されているもの）の写し

(2) 本人であることを証する書類の写し

(3) 補助物品を購入したこと及び購入金額の詳細がわかる書類の原本（領収書等）

(4) 補助金の振り込みを希望する金融機関の通帳又はキャッシュカード等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

(5) その他市長が必要と認めるもの

2 申請期間は、対象となるウィッグ等又は補整具等を購入した翌日から起算して1年以内とする。

3 補助対象者がやむを得ない理由により自ら申請等を行うことができないときは、第1項に掲げる申請書兼請求書及び添付書類に委任状(様式第2号)を添えて、代理人が申請等を行うことができるものとする。

(交付決定)

第6条 市長は、前条の規定に基づく申請があったときは、その内容を審査した上で、補助金の交付の可否を決定し、小林市アピアランスケア支援事業補助金交付決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者にその旨を通知するものとする。

(実績報告)

第7条 規則第13条第1項の規定による実績報告は、第5条第1項に規定する書類の提出をもってこれに代えるものとする。

(補助金の交付)

第8条 市長は、第6条の規定により補助金の交付を決定したときは、補助金の交付の決定を受けた者（以下「補助決定者」という。）に対し、速やかに補助金を交付しなければならない。

(補助金の返還)

第9条 市長は、補助決定者が偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたと認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、交付した補助金の全部又は一部を返還させることができる。

2 市長は、前項の規定により補助金の交付を取り消したときは、小
林市アピアランスケア支援事業補助金交付決定取消通知書（様式
第4号）により補助決定者にその旨を通知するものとする。

3 前項の規定により補助金の返還の請求を受けた補助決定者は、
市長が定める期限までに、補助金を返還しなければならない。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な
事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

小林市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

小林市長 様

補整具等に係る購入費補助金の交付について、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。補助金の交付が決定されたときは、下記口座へ振込いただきますようお願いいたします。

また、審査のため、市が以下の確認及び調査を行うことに同意します。

- ・申請者及び補助対象者の住民基本台帳を確認すること
- ・補助対象者の属する世帯全員の県税・市税等に関する納税状況を確認すること
- ・医療機関に治療内容を照会すること、補整具購入先に購入内容を照会すること

申請者 (請求者)	ふりがな	-----	生年月日	
	氏名	Ⓜ		
	住所	〒	補助対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	電話番号			<input type="checkbox"/> 同一世帯
			<input type="checkbox"/> その他 ⇒委任状 () 添付	

申請者が補助対象者本人でない場合、以下の欄に補助対象者について記入してください。

補助対象者※	ふりがな	-----	生年月日	
	氏名	□申請者と同じ		年 月 日
	住所	〒	電話番号	

※申請者については本人

過去の補助等の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (助成された補整具等 _____)
県税・市税等の滞納	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有

交付を申請する補整具等 該当項目に☑	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 (18歳以下)	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 (19歳以上)	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入金額(税込み)	(ア) 円	円	円
補助限度額	(イ) 40,000円	20,000円	10,000円
(ア)と(イ)を比べて低い金額	(A) 円	円	円
交付申請額 ((A)の合計)			円

添付した書類 に☑をつけて ください	<input type="checkbox"/>	がんの治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書などのいずれかの書類の写し ※補助対象者の氏名、医療機関名、がんの診断名、がんの治療内容が記載されているもの
	<input type="checkbox"/>	ウィッグ等又は補整具等の購入に係る領収書等の原本 ※補助対象者の氏名、購入年月日、品名及び購入金額の記載があるもの
	<input type="checkbox"/>	振込みを希望する金融機関の通帳等の写し ※金融機関名、支店等名、預金種別、口座名義(カタカナ、口座番号の記載ページ)
	<input type="checkbox"/>	現住所及び生年月日が確認できる書類の写し ※マイナンバーカード、運転免許証等
	<input type="checkbox"/>	委任状(様式第2号)(補助対象者がやむを得ない事情で申請できず、申請を委任する場合のみ) ※補助対象者が未成年で、保護者が申請する場合は不要

振込先※	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 営業部 支店 出張所
	預金種別	1 普通 2 当座 3 ()	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

※ 原則本人。未成年の場合は家族可

様式第2号（第5条関係）

委任状

年 月 日

小林市長 様

私（委任者）は、受任者を代理人と定め、小林市アピアランスケア支援事業補助金の申請及び請求に関する権限を委任します。

委任者

住所

氏名

電話連絡先

印

受任者

住所

氏名


電話連絡先

※「委任者」欄には補助対象者（実際に補整具等を使用する方）、「受任者」欄には申請者（代理で申請する方）を記載してください。

様式第3号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

小林市長 

小林市アピアランスケア支援事業補助金交付決定(却下) 通知書

年 月 日付けで申請のありました小林市アピアランスケア支援事業補助金については、下記のとおり決定及び確定(却下)したので通知します。

記

1 交付決定及び確定額： _____円

(内訳)

ウィッグ等 _____円

乳房補整具等 _____円

2 交付の条件

- (1) 小林市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第9条の規定により通知があった場合は、既に交付した補助金の全部又は一部を返還すること。
- (2) 市長から報告又は書類の提出を求められたときは、速やかに応じること。

3 却下の場合、その理由

様式第4号(第9条関係)

第 年 月 日
第 年 月 日

様

小林市長 印

小林市アピアランスケア支援事業補助金交付決定取消通知書

年 月 日付 第 号による交付決定及び確定した小林市アピアランスケア支援事業補助金について、下記の内容により、交付決定の全部（一部）を取り消すことを決定したため、通知します。

これにより、既に交付済みの補助金については、年 月 日までに返還してください。

記

1 交付決定取消の理由

2 年 月 日付 第 号による交付決定額及び確定額： _____ 円

3 交付決定取消後の交付決定額及び確定額： _____ 円

4 補助金の返還額： _____ 円