

○大和郡山市アピアランスケア支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 がん治療に伴い容貌等に大きな変化が起きたことにより、自分らしさへの喪失感を抱く市民に対し、補正具の購入費用を助成することで、その苦痛の軽減を図り、もって社会参加しやすい環境を整えることを目的として、予算の範囲内において大和郡山市アピアランスケア助成金（以下「助成金」という。）を交付するものとし、その交付については、大和郡山市補助金交付要綱に定めるほか、この要綱の定めるところによるものとする。

(対象者及び対象物品)

第2条 助成金交付の対象となる者（以下「対象者」という。）は、第6条に定める申請の日において大和郡山市に住民登録されている市民であって、がんと診断されてその治療を現に行い、又は行った者のうち、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 抗がん剤治療に伴い頭髪を脱毛していること。
- (2) 手術により乳房を切除していること。

(対象となる補正具)

第3条 助成金交付の対象となる補正具は、次の各号のいずれにも該当するもののうち、別表に定める種類のものとする。

- (1) 令和4年4月1日以降に対象者が購入したものであること。
- (2) 購入に際し、他の法令等に基づく助成等を受けていないこと。

(対象経費及び助成額)

第4条 助成金の交付の対象となる経費は、別表に定める額とする。

2 助成金の額は、原則として前項に定める経費の2分の1の額（その額に1円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）とする。ただし、補正具1種類につき上限2万円とする。

(交付回数)

第5条 同一の対象者に対する助成回数は、1種類につき1回限りとする。

(交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、大和郡山市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に、関係書類を添えて、市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書は、対象となる補正具の購入日の属する年度内に市長に提出しなければならない。ただし、当該購入日が年度の末日に近いことその他市長が特別の事情があると認めたときは、この限りでない。

(交付決定)

第7条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、速やかに申請の内容を審査し、交付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金の交付又は不交付を決定したときは、大和郡山市アピランスケア支援事業助成金交付・不交付決定通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

(請求及び支払)

第8条 助成金の交付決定を受けた申請者（以下「被交付決定者」という。）は、大和郡山市アピランスケア支援事業助成金請求書（様式第3号。以下「請求書」という。）を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の請求書の提出があったときはこれを審査し、適当と認めたときは速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第9条 市長は、被交付決定者が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

- (1) 第2条各号に掲げる要件を欠いたとき。
- (2) 被交付決定者が購入した補正具が第3条各号に掲げる要件を欠いたとき。
- (3) 虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたとき。

(その他)

第11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

この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

別表（第3条関係）

補正具の種類	助成対象経費
医療用ウィッグ	本体及び皮膚を保護するためのネットの購入経費。ただし本体価格に含まれない附属品や消耗品を除く。
乳房補正具	補正パット又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入経費。ただし本体に含まれない附属品や消耗品を除く。

大和郡山市アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住所
(交付が決定した場合の、氏名
振込先口座の名義人) 電話番号 — —

大和郡山市アピアランスケア支援事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外 → ()		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外 → ()		
	生年月日	年 月 日		
治療した がんの種類				
補正具の種類	医療用ウィッグ ・ 乳房補正具 (いずれかに○)			
購入年月日	年 月 日	購 入 額	円	
申 請 額	円 (購入額の 2 分の 1 または 2 万円のいずれか低い方の金額)			

※添付書類

- (1) 抗がん剤治療等又は手術など治療内容を確認できる書類の写し（治療説明書や診断書、治療方針計画書等）
- (2) 補正具等を購入したことが確認できる書類（領収書等）

※上記添付書類の他、治療内容や補正具の確認のため、別途資料の提出をお願いする場合があります。

大和郡山市アピアランスケア助成金交付・不交付決定通知書

年 月 日

申請者 住所
氏名 様

年 月 日付で申請のあった助成金の交付について、大和郡山市アピアランスケア支援事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおりに決定しましたので通知します。

記

1. 交付の可否 交付 ・ 不交付
2. 交付の場合、対象となる補正具の種類
3. 交付の場合、助成額 金 円
4. 不交付の場合、その理由

様式第3号（第8条関係）

大和郡山市アピランスケア助成金請求書

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号 — — 印

大和郡山市アピランスケア支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

請求額	金 円							
金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 出張所
預金種別	普通	(フリガナ)						()
	当座	口座名義人						
口座番号								(右詰記入)