

船橋市がん患者等アピランスケア費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、がんの治療やその他の疾病による外見の変化への対応のために購入し、又はレンタルしたウィッグ、胸部補整具及びエピテーゼ（以下「補整具」という。）について、船橋市補助金等の交付に関する規則（昭和56年船橋市規則第50号）に定めるもののほか、この要綱に基づきその費用を助成することにより、がん等の疾病の患者の精神的、経済的負担を軽減し、社会生活を支援することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請日時点で本市の住民基本台帳に記録があること。
- (2) がんの治療、がん以外の疾病又は先天的な身体の特性により、脱毛や身体の欠損等があり、補整具が必要であること。
- (3) 国や他の自治体による同様の助成を受けていないこと。

(助成対象費用及び助成額)

第3条 助成対象となる費用は次の各号に掲げる補整具の購入又はレンタルに要する費用とし、助成額は当該各号に定める額とする。

- (1) ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含み、その他の付属品、ケア用品を除く。）及び毛付き帽子

実際に要した費用又は30,000円のうち、いずれか少ない方の額

- (2) 胸部補整具（補整下着、乳房補正パッド等。人工乳房を除く。）

実際に要した費用又は20,000円のうち、いずれか少ない方の額

- (3) エピテーゼ（身体の欠損等を補うために体表に取り付ける人工物。人工乳房を含む。）

実際に要した費用又は20,000円のうち、いずれか少ない方の額

2 前項に掲げる費用が他制度による給付等の対象となる場合は、助成の対象としない。

3 助成の回数は、助成対象者1人につき前項各号に掲げる区分ごとに1回を限度とする。

4 第1項第1号に掲げるウィッグの購入又はレンタルに要する費用は、前項の規定に関わらず、助成対象者の年齢が18歳に達する日以後の最初の3月31日までは、年度ごとに1回の助成ができるものとする。

5 複数の補整具を購入又はレンタルした場合、その費用の合計を助成対象費用とすることができる。

(助成の申請)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成金交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付し、市長に申請しなければならない。

- (1) がんの治療、疾病又は先天的な身体の特性により、脱毛や身体の欠損等があることを証する書類（診断書、治療方針計画書、化学療法に関する説明書等の写し、医師の意見書（第2号様式）等）
- (2) 補整具を購入又はレンタルした日付及び金額が分かる書類（領収書等）
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、補整具を購入し、又はレンタルした日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

3 次の各号に掲げる申請は、令和8年4月1日以降に購入又はレンタルした補整具に係るものに限り、申請できるものとする。

- (1) 第2条第2号に定める者のうち、がん以外の疾病又は先天的な身体の特性により、脱毛や身体の欠損等があり、補整具が必要である者による申請
- (2) 第3条第1項第3号による申請
- (3) 第3条第4項による申請

(助成の決定)

第5条 市長は、前条の規定による申請があった場合には、その内容を審査して助成の可否及び助成額を決定し、船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成金交付可否決定通知書（第3号様式）により申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第6条 市長は、前条の規定により助成の決定をした申請者に対し、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成の決定の取消し)

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により助成の決定を受け、又は助成を受けた者があるときは、助成の決定を取り消し、又は既に助成した額の全部若しくは一部を返還させることができる。

(補則)

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

この要綱は、令和5年4月1日から施行し、同日以後にウィッグ又は胸部補整具を購入し、又はレンタルした者について適用する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成金交付申請書

年 月 日

船橋市長あて

船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成金の交付を受けたいので、船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

また、申請内容について市が保有する個人情報を閲覧・調査することに同意します。

申請者	フリガナ 氏名	押印	生年月日	電話番号 (日中連絡の取れるもの)
		印	年 月 日	()
	住所	〒 船橋市		
助成対象者が未成年であって保護者が申請する場合は、右に助成対象者の氏名・生年月日を記入してください。		フリガナ 助成対象者の氏名	助成対象者の生年月日	
			年 月 日	
疾病名		過去の助成有無	<input type="checkbox"/> 過去に船橋市以外の自治体等から補整具の費用助成を受けたことはありません。【受けたことがある場合、申請できません(18歳までの方のウィッグに係る申請を除く)。】	
ウィッグ	購入(レンタル開始)日	A:領収書等の金額(税込)	B:助成上限額	助成額はAとBを比べて少ない方の額です。
	年 月 日	円	30,000円	
胸部補整具	購入(レンタル開始)日	A:領収書等の金額(税込)	B:助成上限額	助成額はAとBを比べて少ない方の額です。
	年 月 日	円	20,000円	
エピテーゼ	購入(レンタル開始)日	A:領収書等の金額(税込)	B:助成上限額	助成額はAとBを比べて少ない方の額です。
	年 月 日	円	20,000円	

振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号
	口座種類	口座番号		フリガナ 口座名義人の氏名
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			

【添付が必要な書類】

<input type="checkbox"/> がんの治療、疾病又は先天的な特性により脱毛や身体の欠損等があつて、補整具が必要であることが分かる書類	<input type="checkbox"/> 補整具を購入又はレンタルした日付及び金額が分かる書類(領収書等)
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

医師の意見書(船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成事業)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
住所	船橋市				
疾病名 ※					
上記疾病の治療に伴う状態 または 上記疾病による症状 (補整具が必要となる理由を記載してください。) (「脱毛」「乳房切除」「左耳の欠損」など)					

※脱毛症は、加齢によるもの、男性型・女性型によるものは助成の対象外です。

上記の疾病またはその治療により、補整具(ウィッグ、胸部補整具またはエピテーゼ)が必要な状態であると判断します。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____
(自署又は記名押印)

第 年 月 日
年 月 日

様

船橋市長

船橋市がん患者等アピアランスケア費用助成金交付可否決定通知書

年 月 日付けで申請のあったがん患者等アピアランスケア費用の助成について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 助成する。

助成決定額

ウィッグ購入（レンタル）費の助成	円
胸部補整具購入（レンタル）費の助成	円
エピテーゼ購入（レンタル）費の助成	円

2 助成しない。

理由