

# 札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱

令和 6 年 4 月 1 日

保健福祉局 ウェルネス推進担当局長 決裁

## （目的）

第 1 条 この要綱は、薬物療法・放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除など、がん治療による外見の変貌を補完する補正（補整）具の購入費用に対し助成金を支給することにより、がん患者の治療と社会参加等の両立を支援し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

## （定義）

第 2 条 本事業において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

### （1）ウィッグ

がん治療に伴う脱毛に対応するために、一時的に装着するウィッグ又は毛付き帽子をいう。

### （2）乳房補正具

外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補正下着又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）をいう。

## （助成対象者）

第 3 条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件のすべてを満たす者とする。

- （1）本事業の申請日時点（死亡の場合は死亡日時点）で札幌市の住民基本台帳に登録されている者
- （2）がんと診断され、治療中又は過去に治療を受けたことがある者
- （3）ウィッグ又は乳房補正具を令和 6 年 4 月 1 日以降（死亡の場合は死亡日前日まで）に購入した者
- （4）過去に本事業又は他の自治体が実施する同種の事業により、助成を受けていない者
- （5）助成金支給後に実施する本事業に係るアンケート調査に協力する者

（助成対象経費）

第4条 助成の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、ウィッグ（ウィッグ装着時に皮膚を保護する装着用ネットやインナーキャップ等を含む。）又は乳房補正具（下着とともに使用するパッドを含む。）の購入実額とする。

2 前項に規定するもの以外の補正具の付属品並びにケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）及び購入のために要した郵送費等は助成対象経費の対象外とする。

（助成金の額）

第5条 助成対象経費に対する助成金の額は、予算の範囲内で支給するものとし、補正具の種類ごとに次の各号の金額を上限とする。ただし、助成対象経費が上限に満たない場合は購入実額を助成金の額とする。

- (1) ウィッグ 30,000 円
- (2) 補正下着 5,000 円
- (3) 人工乳房 50,000 円

2 前項の助成金に1円未満の端数が生じるときは、その端数を切り捨てるものとする。

（助成金の支給回数）

第6条 助成金の支給回数は、第5条に規定する各号において、1人につき1回までとする。

（支給申請）

第7条 助成金の支給申請をしようとする者（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、札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金支給申請書兼請求書（第1号様式）に、次の各号に掲げる書類を添付し、補正具を購入した日の翌日から起算して1年以内に市長に申請しなければならない。

- (1) がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- (2) 補正具の購入にかかる領収書及びその明細がわかる書類
- (3) 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 申請者は、前項の規定による申請の他、札幌市が指定する別の方法により申請することができる。

（助成金の支給）

第8条 市長は、第7条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、助成金額を決定し、助成金支給決定通知書（第2号様式）又はそれに準じた様式により申請者に通知するとともに、申請者が指定する口座に助成金を振り込むものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、申請内容が適正と認められず、助成金を支給しないときは、その理由を付した助成金不支給決定通知書（第3号様式）又はそれに準じた様式により申請者に通知するものとする。

（助成金の返還）

第9条 市長は、偽りその他の不正の手段により助成金の支給を受けた者がいるときは、助成金の支給決定を取り消し、又は支給した助成金の全部若しくは一部を返還させることができる。

（資料の提供等）

第10条 市長は、助成金の支給を行うにあたり必要があると認めるときは、申請者が同意している事項の範囲内において、官公署その他関係機関に対し、必要な資料の提供又は必要な事項の報告を求めることができる。

（委任）

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、保健福祉局ウェルネス推進担当局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金支給申請書兼請求書

(あて先) 札幌市長

年 月 日

札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に札幌市及び他の自治体が実施する補正具購入にかかる同種の助成を受けていません。
- ・本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について札幌市が調査することに同意します。
- ・札幌市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。
- ・申請にあたり札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成事業実施要綱の内容を遵守します。
- ・本事業に係るアンケート調査があった際は協力します。

太枠内を記入してください。また、□欄の該当する部分に☑してください。

申請者	フリガナ			生年月日		年		月		日	(		歳)
	氏名			電話番号		-		-					
	住所	(郵便番号) (住所)											
助成対象者	区分	<input type="checkbox"/> 申請者は助成対象者本人です。(助成対象者欄の記入は不要)											
		<input type="checkbox"/> 申請者と助成対象者は別人のため、上記の者を代理人として申請を委任します。 (助成対象者欄の記入が <b>必要</b> 。申請者との関係を確認するために、追加で書類の提出をお願いする場合があります。)											
		※助成対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 ※助成対象者：実際にウィッグ等を使用する人											
	フリガナ			生年月日		年		月		日	(		歳)
	氏名			申請者との関係	<input type="checkbox"/> 親(保護者)、子 <input type="checkbox"/> 他 ( )								
	住所	(郵便番号) (住所)		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									
助成対象経費	補正具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ、毛付き帽子 (装着用ネット等含む)				(B) <input type="checkbox"/> 補正下着 (下着とともに使用するパッドを含む)				(C) <input type="checkbox"/> 人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)			
	購入日	年 月 日				年 月 日				年 月 日			
	購入金額	ア 円 (税込)				エ 円 (税込)				キ 円 (税込)			
		※ポイントや値引き等を適用した後の「実際に購入した税込み金額」を入力してください。(送料等は除く) ※複数購入の場合は補正具の種類ごとに合計金額を入力してください。											
	助成上限額	イ 30,000 円				オ 5,000 円				ク 50,000 円			
	助成対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 円				【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 円				【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円			
申請額 (※ウとカとケの合計金額を記入してください。) 円													
(申請者先)	金融機関名					支店名							
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義人 (申請者と同じ)		カナ 氏名							
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し (がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類) <input type="checkbox"/> 補正具の購入にかかる領収書及びその明細がわかる書類 (氏名、購入年月日、購入金額、購入品名、領収書発行者の名称の記載があるもの。) <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の写し (金融機関名、本・支店名、カナ名義、口座番号が確認できるもの)											

以下札幌市記載欄

受付日	審査		備考	支給決定	
	住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 審査保留 完備日 ( )		<input type="checkbox"/> 支給・ <input type="checkbox"/> 不支給	
	治療			支給決定額	
	購入日			円	
	購入内容				
	振込先				
	助成歴			確認者	

(様式第 2 号)

札●●第 号  
年 月 日

様

札幌市長

## 助成金支給決定通知書

このたび申請のありました、札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金について、当該要綱第 8 条第 1 項に基づき、支給することを決定しましたので下記のとおり通知します。

### 記

補正具の種類	支給決定額
ウィッグ	円
補正下着	円
人工乳房	円
合計	円

(様式第 3 号)

札●●第 号  
年 月 日

様

札幌市長

## 助成金不支給決定通知書

このたび申請のありました、札幌市がん患者のウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金について、当該要綱第 8 条第 2 項に基づき、支給しないことを決定しましたので下記のとおり通知します。

記

○ 不支給決定の理由