

## 都城市アピアランスケア等支援事業補助金交付要綱

### (趣旨)

第1条 市は、疾患による外見の変化があっても、自分らしく社会生活が送れるよう支援するアピアランスケア等を推進し、ウィッグ又は乳房補整具の購入に伴う経済的負担の軽減を図るため、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、その交付に関しては、都城市補助金等交付規則（平成18年規則第64号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱によるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において、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。）を受けた者又は現在受けている者をいう。
- (2) その他の疾病 医療機関において、脱毛症状があると診断された疾病をいう。
- (3) 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、アピアランスケア及びその他の疾病のためにウィッグ又は乳房補整具を購入する者であって、次に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。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) 補助金の交付申請日時点（本人死亡時は死亡日）で市内に住所を有する者
- (2) がん患者又はその他の疾病に該当する者
- (3) 補助金の交付申請日前に、既に本補助金事業及び他の補助金制度等によりウィッグ又は乳房補整具の購入費用の補助を受けていない者。ただし、18歳以下のウィッグについては同年度内に補助を受けていない者
- (4) 市税等を滞納していない者

(補助対象経費)

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、次の表に掲げるとおりとし、附属品、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交通費及び郵送費等は補助の対象外とする。

補助対象経費区分	補助対象経費
ウィッグの購入費	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
乳房補整具の購入費	補整パッド、補整下着、エピテーゼ（補整用人工物）

2 補助金の交付回数は、補助対象者1人につき、前項の表に定める補助対象経費の区分ごとに1回とする。ただし、18歳以下のウィッグについては年度ごとに1回とする。

(補助金の額及び補助限度額等)

第5条 補助金の額は、補助対象経費と補助限度額のいずれか少ない方の額とし、補助限度額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) ウィッグ（18歳以下） 4万円
- (2) ウィッグ（19歳以上） 2万円
- (3) 乳房補整具 1万円

(申請者)

第6条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）及び補助金の受領を行う者は、原則として補助対象者とし、補助対象者が体調悪化等のやむを得ない理由で自ら申請を行うことができない場合に限り、他の者へ申請を委任することができるものとする。ただし、補助対象者が未成年の場合における申請者は、その保護者とし、補助対象者が死亡した場合における申請者及び補助金の受領を行う者は、その法定相続人（複数いる場合は、そのうちの代表者）とする。

(補助金の交付申請)

第7条 申請者は、都城市アピアランスケア等支援事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下「申請書」という。）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) 補助対象者が申請する場合

- ア 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補助対象者氏名、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）の写し

イ その他の疾病による脱毛の症状があることを確認できる書類（補助対象者氏名、医療機関名、診断名、脱毛症状について記載されている診断書等）の写し

ウ ウィッグ又は乳房補整具の購入に係る領収書（補助対象者氏名、購入した年月日、購入金額、品名（乳房補整具の場合、「補整（正）」又は「人工乳房」等の記載があるもの。）、店名の記載があるもの。）又は同等の内容が確認できる書類等

エ 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ーナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

オ 市税の滞納のない証明書（市税の納税状況調査に同意する場合は、不要）

カ 現住所及び生年月日が確認できる書類の写し（郵送による申請の場合）

キ その他市長が必要と認める書類

(2) 補助対象者以外のものが申請する場合

ア 受任者が申請する場合

(ア) 前号に掲げる書類

(イ) 申請者及び補助対象者の現住所及び生年月日が確認できる書類の写し（郵送による申請の場合）

(ウ) 委任状（様式第2号）（補助対象者が未成年の場合は不要）

イ 死亡者の法定相続人（複数いる場合は、そのうちの代表者）が申請する場合

(ア) 前号に掲げる書類

(イ) 申請者及び補助対象者の現住所（死亡日の住所）及び生年月日が確認できる書類の写し（郵送による申請の場合）

(ウ) 申請者と補助対象者の家族関係及び補助対象者が死亡していることが確認できる書類の写し（補助対象者の氏名、申請者の氏名、続柄、補助対象者が死亡したことが確認できるもの。ただし、申請者と補助対象者が同一世帯である場合は不要）

2 申請書の提出期限は、対象となるウィッグ又は乳房補整具を購入した日の翌日から起算して3月以内とする。ただし、がん患者は令和6年4月1日以降に購入したもの、その他の疾病に該当する者は令和7年4月1日以降に購入したもの、補助対象者死亡の場合は死亡日前に購入したものに限る。

3 申請者は、申請書の提出時に第1項第1号カに掲げる書類を提示し、担当者の確認を受けなければならない。

(補助金の決定及び通知)

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、補助金の交付が適当であると認めるときは、補助金交付決定通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

2 市長は、補助金の交付が適当でないと認めるときは、補助金交付申請却下決定通知書(様式第4号)により申請者に通知するものとする。

(申請取下げの期限)

第9条 規則第7条第1項の規定による期日は、交付決定通知を受領した日の翌日から起算して14日以内とする。ただし、当該期限日が都城市の休日を定める条例(平成18年条例第2号)第2条に規定する休日に当たるときは、その翌日以降においてその日に最も近い休日ではない日までとする。

2 申請者は、前項の期日内に都城市アピアランスケア等支援事業補助金交付取下書(様式第5号)を市長に提出しなければならない。

(補助の内容の変更)

第10条 規則第9条第1項の規定による変更の期日は、交付決定通知を受領した日の翌日から起算して14日以内とする。ただし、当該期限日が都城市の休日を定める条例第2条に規定する休日に当たるときは、その翌日以降においてその日に最も近い休日ではない日までとする。

2 申請者は、前項の期日内に都城市アピアランスケア等支援事業補助金変更交付申請書(様式第6号)を市長に提出し、その承認を受けなければならない。

(補助金の返還)

第11条 市長は、申請者が虚偽その他不正な手段により補助金の交付の決定を受けたことが明らかになったときは、交付の決定の全部又は一部を取り消し、既に交付した補助金の全部又は一部の返還を求めることができる。

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、都城市アピアランスケア等支援事業補助金交付決定取消通知書(様式第7号)により補助金を受給する者に通知するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和11年3月31日限り、その効力を失う。

附 則 (令和7年3月31日改正)

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則 (令和7年8月8日改正)

この要綱は、令和7年8月8日から施行する。

附 則 (令和8年5月8日改正)

この要綱は、令和8年5月8日から施行し、改正後の都城市アピランスケア等支援事業補助金交付要綱の規定は、令和8年4月1日から適用する。