

## 補助金等取扱基準

| 補助金等の名称             | 諏訪市がん患者へのアピランスケア支援事業補助金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|---------|------|-------|-------------------|----|-------|-----------------------|------------|-----|---------------|----|
| 補助事業等の標目            | がんの治療に伴う医療用補整具（以下「補整具」という。）の購入に要する費用の一部を補助することにより、がん患者の就労、社会参加の促進等の療養生活に係る質の維持向上に寄与する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 補助事業等の対象者           | 次のいずれにも該当する者<br>(1) 補助金の交付を申請する日に市に住所を有する者<br>(2) がんと診断され、手術、薬物治療、放射線療法等のがんの治療を受けた者又は現に受けている者<br>(3) 補助金の交付の対象となる補整具（以下「補助対象補整具」という。）を購入した者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 補助対象経費              | 1 補助対象補整具及び補助対象者1人当たりの補助回数は、次の表のとおりとする。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th><th>補助対象補整具</th><th>補助回数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>頭髮補整具</td><td>ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子</td><td>1回</td></tr> <tr> <td>乳房補整具</td><td>補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房</td><td>右房、左房ごとに1回</td></tr> <tr> <td>その他</td><td>エピテーゼ（補整用人工物）</td><td>1回</td></tr> </tbody> </table> 2 補助対象経費は、前項に規定する補助対象補整具の購入費とし、付属品及びクリーナー、リンス、ブラシ等のケア用品並びに購入のために要した交通費、郵送費等は、補助の対象外とする。<br>3 補助対象補整具に対し、医療保険による医療に関する給付及び国又は地方公共団体が別に購入費用を補助したものは、補助の対象外とする。 |            | 区分 | 補助対象補整具 | 補助回数 | 頭髮補整具 | ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子 | 1回 | 乳房補整具 | 補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房 | 右房、左房ごとに1回 | その他 | エピテーゼ（補整用人工物） | 1回 |
| 区分                  | 補助対象補整具                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 補助回数       |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 頭髮補整具               | ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1回         |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 乳房補整具               | 補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 右房、左房ごとに1回 |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| その他                 | エピテーゼ（補整用人工物）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1回         |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 補助金等の額及びその算定方法又は補助率 | 補助対象経費に定める区分ごとに、補助対象経費の2分の1以内の額（その額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）とし、2万円を限度とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
|                     | 【補助金等の額が5万円未満、補助率が補助対象経費の1/2を超える場合の理由】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 補助事業等の評価            | 補助事業者からの交付申請書をもとに、事業内容を審査の上、担当部署により効果を評価する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 補助事業等の開始時期          | 令和5年6月29日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
| 補助事業等の終了時期          | 令和11年3月31日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |
|                     | 【終了時期が3年を超える場合の理由】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |    |         |      |       |                   |    |       |                       |            |     |               |    |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 情 報 の<br>公表の方法等 | 補助事業件数、補助金交付金額等を諏訪市ホームページにて公表する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| そ の 他           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 提 出 書 類         | <p>補助金の交付を受けようとする者は、補助対象補整具を購入した日の属する年度の2月末日までに、次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。ただし、がんの治療、症状の悪化その他のやむを得ない事情により当該年度の2月末日までに提出することができないと市長が認めるときは、当該年度の翌年度2月末日までにこれを行うことができる。</p> <p>(1) 諏訪市がん患者へのアピアランスケア補助金交付申請書（様式第2号-1）</p> <p>(2) 申請者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類</p> <p>(3) がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）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</p> <p>(4) 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、購入した補整具等の品名（ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費等）の記載のあるもの）</p> <p>(5) 振込みを希望する金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し</p> <p>(6) その他市長が必要と認める書類</p> <p>諏訪市補助金等交付規則に定める様式を除く。</p> |
| 担 当 部 署         | 諏訪市 健康福祉部 健康推進課 健康支援係                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

令和 5年 6月29日 制定（令和 5年 6月29日 施行）

令和 7年 5月12日 一部改正（令和 7年 5月12日 施行、令和 7年 4月 1日 適用）

令和 8年 3月31日 一部改正（令和 8年 4月 1日 施行）