

○横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱

令和6年4月1日

(総則)

第1条 横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業については、補助金等交付規則（昭和47年横須賀市規則第33号。以下「規則」という。）に規定するもののほか、この要綱の定めるところによる。

(対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請日時時点で住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づき本市の住民基本台帳に記載されている者
- (2) 抗がん剤治療等の副作用による脱毛症状に対処するために、令和6年4月1日以降に全頭用ウィッグ（頭皮保護ネットを含む。）、部分用ウィッグ若しくは毛付き帽子（以下「ウィッグ」という。）を購入した者
- (3) 本市の市税を滞納していない者。ただし、滞納があっても既に分割等で納付することを約して納付を履行している者又は分割納付誓約書を提出した者を除く。
- (4) この要綱及び他の法令等に基づく同様の趣旨の公的な助成金等を受けていない者
- (5) 横須賀市暴力団排除条例（平成24年横須賀市条例第6号）第2条第2号に規定する暴力団員及び同条第3号に規定する暴力団員でない者

(助成対象経費)

第3条 助成の対象経費は、ウィッグの購入費とする。

(助成額)

第4条 助成額は、ウィッグの購入額とし、3万円を上限とする。

2 民間の保険会社等からウィッグの購入経費に費用の助成等がされている場合には、購入額から当該額を除いた額を助成額とする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類（診療方針計画書、診療明細書、お薬手帳等）

(2) その他市長が必要と認める書類

2 対象者が未成年の場合又は成年後見人が選任されている場合は、法定代理人が申請する。

3 申請は、対象者1人につき1回を限度とする。

(交付決定)

第6条 市長は、申請書の提出を受けたときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めたときは、横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付決定通知書(第2号様式)により申請者に通知するものとする。

(実績報告)

第7条 規則第10条に規定する市長の定める書類は、次のとおりとする。

(1) 対象者又は法定代理人がウィッグを購入した金額の明細が分かる書類(領収書等)

(2) 民間の保険会社等からウィッグの購入費用の助成を受けている場合にあっては、金額の明細が分かる書類

(3) その他市長が必要と認める書類

(その他の事項)

第8条 この要綱の施行に関し必要な事項は、民生局健康部長が定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

第1号様式(第5条第1項関係)

横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書					
年 月 日					
(あて先) 横須賀市長					
〒					
住所					
申請者		氏名		印	
(助成対象者または法定代理人)		(本人が署名した場合は押印を省略できます)			
電話 (携帯)					
電話 (自宅)					
続柄					
次のとおり、横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。					
なお、この申請にあたり、市が保有する個人情報(市税の納付状況の確認を含む)に関する調査及び関係機関に照会することに同意します。また、他でウィッグ購入費助成金の交付を受けていないことを申し添えます。					
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏 名 (助成対象者)		年 齢			
住 所	☐ 申請者と同じ 〒 横須賀市 電話番号 ()				
医 療 機 関	名 称 電話 ()				
	所在地				
	医師名				
助成金申請金額	円 (上限30,000円)				
添 付 書 類	☐ 脱毛の副作用がある抗がん剤治療の受診を証明する書類の写し (診療方針計画書・診療明細書・その他) ☐ 助成対象者の本人確認書類 (運転免許証等) ☐ 助成対象者が未成年の場合、申請者の本人確認書類 (運転免許証等)。ただし、住民票上の同一世帯でない場合は法定代理人であることが分かる書類 (戸籍謄本等) ☐ 助成対象者に成年後見人が選任されている場合、登記事項証明書				
振 込 先 ※	フリガナ		銀 行 信 用 金 庫		支 店
	口 座 名 義 人		店 番 号	預 金 種 別	口 座 番 号
				普通・当座	
※振込先は申請者名義の口座に限ります。					
市役所使用欄					
申請額 (A)		市助成上限額 (B)		市助成額 (A・Bのいずれか≤)	
円		30,000円		円	

第2号様式(第6条関係)

第2号様式(第6条関係)

横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付決定通知書

年 月 日

住所
氏名

年 月 日付けで申請のあったウィッグ等の購入費の助成については、
次のとおり助成することを決定しました。

横須賀市長 印

助 成 額 _____ 円