

板橋区がん患者等アピランスケア支援事業実施要綱

(令和 5 年 5 月 18 日 区長決定)

(改正 令和 7 年 3 月 11 日)

(目的)

第 1 条 この要綱は、がん等の治療に伴う外見の変化に悩みを抱えている者に対し、医療におけるアピランスケア（医学的・整容的・心理社会的支援を用いて外見の変化を補完し、外見の変化に起因する患者の苦痛を軽減するケアをいう。）として、外見の変化を補うための補整具の購入又はレンタルに要する経費の一部を助成することにより、患者の心理的及び経済的な負担を軽減するとともに、就労継続や社会参加等を支援することを目的とする。

(助成対象者)

第 2 条 助成の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 助成金の助成申請時において、板橋区に住民登録を有すること。
- (2) がんや良性腫瘍と診断され、現にその治療を行っている又は過去にその治療を行っていたこと。
- (3) 治療に伴う脱毛、乳房などの切除に伴い、補整具等を購入し、又はレンタルしていること。
- (4) 過去にこの要綱及びその他同種の法令等による助成金の交付を 2 回以上受けていないこと。

(助成対象経費)

第 3 条 助成対象経費は、次に掲げる補整具の購入又はレンタルに係る経費とする。

- (1) ウィッグ、装着用ネット、帽子、補整下着、補整パッド、人工乳房、弾性着衣、エビテーゼ。ただし、ケア用品、保管用品、化粧品、ビューティーケア小物を除く。
- (2) その他保健所長が認めたもの
 - 1 前項の助成金の申請は、1 人につき 2 回限りとする。
 - 2 補助対象となる補整具は、1 回の申請につき、個数は制限しない。
 - 3 第 1 項各号に示した物品であってもインターネットオークション、フリーマーケットその他の個人間取引により購入し、又はレンタルした補整具に係る経費は対象外とする。

(助成金の交付額)

第 4 条 助成金は、補整具の購入又はレンタルに要した経費の合計額（税込）のうち 100,000 円を上限とする。ただし、補整具の購入又はレンタルに要した経費の合計額（税込）が 100,000 円に満たないときは、その額とする。

(交付申請及び請求)

第 5 条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、補整具を購入又はレンタルした日の翌日から起算して 1 年以内に板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成交付申請書兼請求書（第 1 号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて、区長に申請及び請求するものとする。

- (1) 診断書、診療明細書、お薬手帳等、がん等の治療を受けていることを客観的に証明する書類の写し
- (2) 領収書等の補整具の購入又はレンタルに対して要した経費の実費額、日付及び物品名が分かる書類（原本）
- (3) その他、区長が特に必要と認める書類

(交付決定通知)

第6条 区長は、申請内容を審査の上、助成を行うと決定したときは板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成交付決定通知書（第2号様式）により、助成を行わないと決定したときは、板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成不交付決定通知書（第3号様式）により申請者に通知する。

(助成金の支払)

第7条 区長は、前条の規定により助成金交付の決定を通知したときは、申請者に対し速やかに助成金を支払うものとする。

(決定の取消)

第8条 区長は、申請者が虚偽その他の不正な手段により助成金の交付決定を受けたことが判明したときは、これを取り消すことができる。

(助成金の返還)

第9条 区長は、前条の規定により助成金の交付決定を取り消した場合において、既に助成金が交付されているときは、助成金の交付決定を取り消した者に対し期限を定めて当該助成金の返還を命ずるものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めのない事項は、東京都板橋区補助金等交付規則（昭和42年板橋区規則第3号）に定めるもののほか、保健所長が定める。

付 則

- 1 この要綱は、令和5年7月1日から施行する。
- 2 この要綱は、令和5年4月1日以後に購入し、又はレンタルした補整具に係る経費について適用する。
- 3 改正 令和7年3月11日
この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

年

月

日

（宛先）板橋区長

板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり板橋区がん患者等ウィッグ購入費等の助成を申請し、下記金額を請求します。

助成金は、下記の口座に振り込み願います。

※申請にあたり、板橋区長が私の住民基本台帳を閲覧すること及び助成金の交付状況を他自治体へ照会することに同意します。

また、必要があるときは、医療機関、調剤薬局に診療明細等を照会することに同意します。

申請者（対象者） 氏名	氏 名（自署してください）		生 年 月 日	
	(フリガナ)			
			年 月 日	
対象者が未成年の 場合、同一世帯の 親権者氏名	(フリガナ)		対象者との続柄	
住所	郵便番号 ー		日中連絡先 ()	
	板橋区			
治療状況	病名	医療機関名	治療方法（該当する項目に○）	
			手術 ・ 放射線 薬剤（薬剤名：)	
治療を受けている (いた) ことを証 明する書類	写しを添付した項目に○をつけてください。			
	診断書 ・ 診療明細書 ・ お薬手帳 ・ 手術したことが分かる書類 () その他 ()			
購入（レンタル） した補整具	種類（対象者が使用するもの）		購入（レンタル）年月日	
	ウィッグ ・ 毛付き帽子等 ・ 人工乳房 ・ 補整下着 エビテーゼ ・ その他 ()		年 月 日	
購入（レンタル）経費	②	① ②のいずれか少ない方	申請及び請求額	
① 円	100,000 円	③ 円	③ 円	
助成の回数 (○で囲む)	初回	2 回目 (右記1.2も記入)	1. 前回の助成の交付（自治体名：) (年 月) 2. 補整具の種類 ()	
※本助成金は、助成対象者お一人につき板橋区及び東京都他自治体を含め、2回まで交付を受けることができます。				

振込先	金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	金融機関 コード				
	種別 (○で囲む) 1. 普通 2. 当座	口座名義人名（カタカナでご記入ください。）							
口座番号									(左詰め記入)

【区処理欄】

申請（消印）日	年 月 日
助成決定年月日	年 月 日

第 年 月 日 号

板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成交付決定通知書

様

板 橋 区 長

年 月 日付で申請のあった板橋区がん患者等アピアランスケア支援事業実施要綱の規定によるウィッグ購入費等の助成については、下記のとおり交付を決定したので通知します。

記

受給者番号

助 成 金 額 金 円

第 号
年 月 日

板橋区がん患者等ウィッグ購入費等助成不交付決定通知書

様

板 橋 区 長

年 月 日付で申請のあった板橋区がん患者等アピアランスケア支援事業実施要綱の規定によるウィッグ購入費等助成については、下記のとおり不交付と決定したので通知します。

記

理 由