

## 大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱

制定 令和5年4月1日  
最近改正 令和7年6月1日

### (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整具の購入費用を助成することにより、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。

### (対象者)

第2条 この事業の助成対象者は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者とする。

- (1) 申請時点で大阪市内に在住し、大阪市の住民基本台帳に登録されている者（申請後に死亡により大阪市の住民基本台帳から削除された者を含む）
- (2) がんと診断され、第5条に基づく申請時において治療中又は過去に治療を受けたことがある者
- (3) がん治療に起因する脱毛又は乳房を切除したことに伴い補整具を購入した者
- (4) 過去に本市又は他の自治体が実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていない者

### (助成対象経費)

第3条 助成金の交付対象となる補整具は、別表第1のとおりとし、前条に定める助成対象者1人につきそれぞれの区分ごとに1回を限度に助成する。

- 2 助成金の交付対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、前項に規定する補整具の購入費とし、付属品並びにケア用品（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助成の対象外とする。
- 3 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるもの並びに国又は地方公共団体が別に負担する対象となるものは助成の対象外とする。

### (助成金額)

第4条 助成金の額は別表第1の助成金の上限額に定める金額を限度とする。ただし、購入金額が助成金の上限額に満たない場合は、当該購入実額とする。

### (助成の申請)

第5条 助成金の交付申請をしようとする者（その者が未成年である場合にあっては、その法定代理人）（以下「申請者」という。）は、大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下「申請書兼請求書」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) 申請者の本人確認書類
- (2) がんの治療（手術、薬物療法、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（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に限る。）

(3) 補整具の購入にかかる領収書及びその明細書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）

(4) その他市長が必要と認める書類

2 申請者は、申請書兼請求書内で支援事業にかかる一切の手続きを民法（明治 29 年法律第 89 号）第 643 条に基づき委任することができ、受任者は同法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、支援事業にかかる手続きを委任されているものとする。

3 第 1 項の規定による申請書兼請求書は、購入した翌日から起算して 1 年以内に市長に提出しなければならない。

（助成金の支給）

第 6 条 市長は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金支給決定通知書（様式第 2 号）により申請者に通知するとともに、助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金不支給決定通知書（様式第 3 号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の返還）

第 7 条 市長は、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けた者があるときは、当該支給決定を取り消し、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

（受給権の譲渡又は担保の禁止）

第 8 条 助成金を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

（関係機関との連携等）

第 9 条 市長は、助成金の支給を行うことの決定のための調査又は過去に支給した助成金に係る調査のために特に必要と認めるときは、申請書兼請求書で取得している同意の範囲内で、官公署その他の関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことができる。

（委任）

第 10 条 この要綱に定めるもののほか、本事業にかかる事務の実施に必要な事項は健康局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和5年6月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和7年6月1日から施行する。

別表第1

区分	要件	助成金の上限額
ウィッグ等	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（装着時に皮膚を保護するネットを含む）又は毛付き帽子。	30,000円
乳房補整具	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整下着（下着とともに使用するパッド（シリコン製を含む））又は人工乳房（直接肌に張り付けて使用するもの、ただし乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）のいずれかとする。 ただし、人工乳房については、両側乳がんを除き、1人1台に限る。	ア 補整下着（下着とともに使用するパッド（シリコン製を含む）） 30,000円 イ 人工乳房 50,000円

## 大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

大阪市長様

年月日

大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第5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。

- 過去に大阪市及び他の自治体が実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- この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や生活保護制度等の利用状況について大阪市が調査することに同意します。
- 大阪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。
- 申請にあたっては大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱の内容を遵守します。

対象者	ふりがな			生年月日	年月日		(歳)
	氏名			電話番号			
	住所	〒 - 大阪市		収集した個人情報は当事業にかかるアンケート等の送付に使用します。 今後アンケート等を希望しない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。			<input type="checkbox"/> 希望しない
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下の項目の記入が必要）					
		※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。					
	ふりがな			生年月日	年月日		(歳)
氏名			電話番号				
住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ					
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ等		(2) 乳房補整具 ((C)又は(D)のいずれか)			
	補整具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ(保護ネット含む)		(C) <input type="checkbox"/> 補整下着		(D) <input type="checkbox"/> 人工乳房	
		(B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子		(下着とともに使用するパッドを含む)		(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			
	購入費用	ア 円 (税込)		(補整下着の金額) エ 円 (税込)		(人工乳房の金額) キ 円 (税込)	
	助成限度額	イ 30,000 円		オ 30,000 円		ク 50,000 円	
助成対象額	【ア又はイのうちいづれか低い額】 ウ 円		【エ又はオのうちいづれか低い額】 カ 円		【キ又はクのうちいづれか低い額】 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		
添付書類 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付もれがないかご確認ください)	<input type="checkbox"/> 本人確認書類（運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード、住民票の写しなど） ※申請を委任する場合は、申請者の本人確認書類も必要						
	<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（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、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がわかる書類の写し）						
	<input type="checkbox"/> 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの。 <b>原本に限る</b> ）						
	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し）						
（申振請込者先）	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号	普通 当座			口座名義人 (申請者と同一)	カナ	
-----以下大阪市記載欄-----							

\*口座不能等により、本助成金の支給を申請者の指定する口座に行えない場合は、確認のご連絡をさせていただきます。  
併せて、振込先の変更に必要となる手続きをご連絡いたしますので、必要書類等を原則3か月以内に提出いただきますようお願いします。提出がない場合は、支給決定の取り消しを行います。

審査	受付日	項目	可否	備考	決定年月日	（□交付・□不交付）		
	住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
	治療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
	購入日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			助成決定額			
	購入内容	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 30,000 円		
	振込先	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
	助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 円		

様式第2号（第6条関係）

大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金支給決定通知書

令和 年 月 日

様

大阪市長

令和 年 月 日付けで申請のあった助成金について、次のとおり支給することに決定したので、大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

支給決定額

円

様式第3号（第6条関係）

大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金不支給決定通知書

令和 年 月 日

様

大阪市長

令和 年 月 日付けで申請のあった助成金について、次のとおり支給しないことに決定したので、大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

（不支給とした理由）