

川崎市アピアランスケア助成金交付事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、傷病の治療、先天的な身体の外表の特性又は事故等による外傷により、脱毛又は身体の欠損等がある者が、外見の変化を補うための補整具（以下「補整具」という。）を購入し、又は貸与を受ける（以下「購入等」という。）場合に、経済的負担及び心理的負担を軽減し、就労等の社会参加の促進及び生活の質の向上等を図ることを目的として、購入等に係る費用の全部又は一部を助成するため、必要な事項を定める。

(対象者)

第2条 助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、助成の申請日時点において、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 本市に住所を有し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により住民基本台帳に記録されている者（第4号ア又はイのいずれかに該当する者であって、療養を目的として市外に居住している者を含む。）
- (2) 次条第1項各号に定める助成対象の補整具の購入等に当たり、過去に本市又は他の地方公共団体において、同様の助成を受けていない者
- (3) 次条第1項各号に定める助成対象の補整具の購入等に当たり、他制度により同様の助成を受けることができない者
- (4) 前3号に掲げる者のほか、次のいずれかに該当する者
 - ア がんの治療に伴う脱毛又は身体の欠損等があり、外見の変化を補うため、次条第1項各号に定める助成対象の補整具の購入等をした者であって、現に治療を行い、又は過去に治療を受けたことが確認できる者
 - イ 健康保険の保険給付の対象となる傷病の治療、先天的な身体の外表の特性又は事故等の外傷に伴い、脱毛や身体の欠損等があり、外見の変化を補うため、次条第1項各号に定める助成対象の補整具の購入等をした者であって、その必要性を医師が判断していることを確認できる者

(助成対象等)

第3条 助成対象の補整具は、次の各号に掲げる分類のとおりとする。

(1) ウィッグ類

ア ウィッグ

イ ネット（装着時に皮膚を保護するもので、前号のウィッグとともに申請するものに限る。）

ウ 毛付き帽子

(2) 胸部補整具・エピテーゼ類

ア 補整下着（ケア用品として専門的に販売されているものに限る。）

イ 補整パッド（前号の補整下着とともに使用するもので、シリコン製のものを含む。）

ウ 人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除き、直接肌に貼り付けて使用するものに限る。）

エ その他身体の欠損等を補うため体表に取り付ける人工物

2 対象者が購入等した補整具のうち、前項第1号ア及びウ並びに第2号ウ及びエまでのものについては、それぞれ1台分を助成対象とする。ただし、それ以外のものについては、この限りでない。

3 前2項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる費用等については、助成の対象外とする。

- (1) 補整具の付属品（購入等の際に一体となっているものを除く。）の購入等に係る費用
- (2) 補整具のケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）の購入等に係る費用
- (3) 購入等のために要する交通費及び送料等
- (4) 購入等のために充当したポイント及び金券等
- (5) 第6条に規定する申請に係る書類の取得等に要する費用
- (6) 健康保険の保険給付の対象となる治療等に要する費用
- (7) 国及び他の地方公共団体が負担すべき費用
- (8) その他助成の対象外とすべき費用

（助成金の額）

第4条 助成金の額は、前条第1項各号に定める補整具の分類ごとに、購入等に要した金額を合算して得た額とする。ただし、合算して得た額が、次の各号に掲げる基準額以上の場合は、それぞれ基準額どおりとする。

- (1) ウィッグ類 30,000 円
- (2) 胸部補整具・エピテーゼ類 30,000 円

（助成回数等）

第5条 対象者が申請日時点において、満18歳以上の場合、助成金の交付回数は、第3条各号に規定する補整具の分類ごとに、それぞれ1回限りとする。

2 前項の規定にかかわらず、対象者が申請日時点において、満18歳未満の場合、助成金の交付回数は、満18歳に到達する年度までの間、第3条各号に規定する補整具の分類ごとに、それぞれ毎年度1回助成できるものとする。

（助成金の申請）

第6条 対象者は、川崎市アピアランスケア助成金交付申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に、次の各号に掲げる書類を添えて市長に申請する。

- (1) 住民票の写し（市が住民基本台帳により、第2条第1号に該当する者か否かを確認することについて、申請書において同意する場合を除く。）
- (2) 補整具の購入等に係る領収書及びその明細書の原本又は写し（宛名、購入等の日付、購入等の金額、購入等品目の内訳、金額の内訳及び領収書発行者の名称等の詳細が記載されているものに限る。）
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項各号に掲げるもののほか、第2条第4号アに該当する対象者は、がんの治療に伴い、脱毛若しくは身体欠損等が生じ、又は生じることが見込まれることを証明できる治療方針計画書、治療同意書、手術同意書、診療明細書又は診断書等を提出する。

3 第1項各号に掲げるもののほか、第2条第4号イに該当する対象者は、医師の意見を付した川崎市アピアランスケア助成金交付事業に係る意見書（第2号様式）を提出する。

4 第1項の規定による申請は、第3条第1項各号に掲げる補整具を購入等した日から起算して1年以内に行うものとする。ただし、複数回にわたり購入等したものを合算して申請する場合は、合算しようとする分の最初の購入等の日から起算して1年以内とする。

(助成等の決定及び通知)

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請を受けた場合は、速やかにその内容を審査し、助成金の交付又は不交付を決定する。

2 市長は、前項の審査及び決定に当たり、必要があると認めるときは、国、他の地方公共団体、医療機関及びその他関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、事実を確認し、又は意見の聴取等を行うことができる。この場合において、市長は、予め申請書により、助成金の交付申請者（以下「申請者」という。）から、同意を得ておくものとする。

3 市長は、第1項の規定により助成金の交付又は不交付を決定したときは、申請者に対し、川崎市アピアランスケア助成金交付（不交付）決定通知書（第3号様式）により通知する。

(助成金の交付等)

第8条 市長は、前条第1項の規定により助成金の交付を決定し、同条第3項による通知をした者（以下「被交付決定者」という。）に対し、助成金を交付する。

2 市長は、前項の規定による助成金の交付に当たり、被交付決定者からの助成金の交付申請をもって、交付請求があったものとみなし、予め申請書により指定された口座に助成金を振り込むものとする。

(交付決定の取消し及び助成金の返還)

第9条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により助成金の交付を受けた被交付決定者に対し、当該交付決定を取り消し、助成金の全部又は一部の返還を命じることとし、川崎市アピアランスケア助成金交付取消通知書兼返還請求書（第4号様式）により通知し、請求するものとする。

(申請及び交付等の委任)

第10条 対象者が申請日時点において、満18歳未満の場合、第6条の規定による助成金の交付申請を行い、第8条の規定による助成金の交付を受ける者は、原則、対象者の保護者とする。

2 前項の規定にかかわらず、対象者がやむを得ない理由により、自ら第6条の規定による申請を行い、第8条の規定による助成金の交付を受けること等が困難な場合は、民法第643条の規定に基づき、他の者に委任することができる。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年6月1日から施行し、対象者が令和7年4月1日以降に購入等した助成対象の補整具から適用する。

川崎市アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）川崎市長

川崎市アピアランスケア助成金交付事業の助成金交付を受けたいので、川崎市アピアランスケア助成金交付事業実施要綱第 6 条の規定により、必要書類を添えて申請します。

同意欄	次の事項について、確認・同意しました。				
	☐ 本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を、川崎市が調査することに同意します。				
	☐ 過去に川崎市や他の地方公共団体において、本事業と同様の助成を受けていません。				
	☐ 他制度において、本事業と同様の助成を受けることが出来ないことを確認しました。				
助成対象者	フリガナ		生年月日		年 月 日（ 歳）
	氏 名		電話番号		
	住 所		〒		
申請者	助成対象者との関係		本人 保護者 代理人（続柄 ）		
	☐ 申請者は助成対象者本人です。（下記の申請者欄の記入は不要です）				
	☐ 助成対象者が 18 歳未満のため、保護者が申請します。				
	☐ 助成対象者が申請できないため、本事業助成金の申請に係る権限を、代理人に委任します。				
	フリガナ		生年月日		年 月 日（ 歳）
	氏 名		電話番号		
助成申請額	住 所		〒		
			☐ 助成対象者と同じ		
助成申請額	区分		☐ ウィッグ類		☐ 胸部補整具・エپیテーゼ類
	購入日又はレンタル開始日		年 月 日		年 月 日
	助成対象経費		円		円
	助成上限額		30,000 円		30,000 円
	助成申請額		円		円

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	預金 種別	普通 当座		
	フリガナ	口座番号					
	口座名義人						

川崎市アピアランスケア助成金交付事業に係る意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
住 所			
原因となつた傷病			
外見変容が生じた部位及び経緯	※ ①治療の経過、②本人の身体状況を含め、ご記載ください。		
該当する項目のチェックボックスに「レ」を付けてください。 【全員】※該当必須 ☐ 健康保険適用内の傷病であると認めます。 【該当するもの】※どちらかに要該当 ☐ 上記傷病に起因して脱毛症状が生じ、ウィッグを必要とする状態であると判断します。 ☐ 上記傷病に起因して身体の欠損や形の変化が生じ、胸部補整具やエピテーゼを必要とする状態であると判断します。 年 月 日 医療機関名 医師名 ※自署でない場合は押印ください。			

※がん患者以外の方は、こちらの意見書の提出が必要です。

川崎市アピアランスケア助成金交付（不交付）決定通知書

川崎市指令健地推第 号
年 月 日

申請者 住所：
氏名： 様

川崎市長

年 月 日付けで申請がありました、川崎市アピアランスケア助成金交付申請について、次のとおり決定したので通知します。

- 1 決 定 内 容 交付 不交付
- 2 助 成 対 象 者
- 3 決 定 区 分 ウィッグ類 胸部補整具・エピテーゼ類
- 4 助 成 金 額 円
- 5 不交付の理由

川崎市アピアランスケア助成金交付取消通知書兼返還請求書

川崎市指令健地推第 号
年 月 日

申請者 住所：
氏名： 様

川崎市長

年 月 日付け川崎市指令健地推第 号で交付決定しました
川崎市アピアランスケア助成金について、川崎市アピアランスケア助成金交付
事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり取り消したので通知します。

なお、すでに助成金が交付されている場合は、川崎市アピアランスケア助成
金交付事業実施要綱第9条の規定により、返還を請求します。

- 1 決 定 内 容 取消
- 2 取 消 対 象 者
- 3 取消対象区分 ウィッグ類 胸部補整具・エピテーゼ類
- 4 取 消 理 由
- 5 取 消 金 額 円
- 6 返 還 方 法
- 7 返 還 期 限