

## 『愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金』のご案内



あいさいさん

愛西市では、がん治療による頭髮の脱毛や乳房の切除など、外見の変化に対応するためのアピアランスケア用品（ウィッグ・乳房補整具）購入費用の一部を補助します。

補助対象者	<p><b>次の①～④のすべてに該当する方</b></p> <p>① 申請時点で愛西市内に住民票がある</p> <p>② がんと診断され、その治療を過去に受けた、または現在受けている</p> <p>③ がん治療に伴う脱毛に対するウィッグ、または外科的治療等による乳房の変形に対する乳房補整具を購入した</p> <p>④ 過去に愛知県内市町村から、同種の補整具の購入助成を受けていない</p>
補助対象品	<p>① <b>医療用ウィッグ【全頭用・部分用ウィッグ、頭皮保護用ネット】</b>          ※頭皮保護用ネットは、ウィッグと同時に補助申請する場合のみ対象となります。          ※くしやクリーム等の付属品は対象となりません。</p> <p>② <b>乳房補整具【補整下着（補整パッドと下着が一体になったもの）、補整パッド、人工乳房（肌に直接接着して使うもの）】</b>          ※補整パッドまたは人工乳房とともに固定するために購入した補正機能のない下着は、補整パッドまたは人工乳房とともに補助申請をする場合のみ対象となります。          ※人工乳房は、乳房再建術によって体内に埋め込まれたものは対象となりません。</p>
補助金額	<p><b>補助対象品の購入費用の2分の1の金額（上限 20,000 円）</b></p> <p>※1円未満は切り捨てとなります。</p> <p>※一人につき補助対象品①②それぞれ1回限りの申請となります。</p>
申請方法	<p><b>以下の必要書類を佐屋保健センター窓口へ提出してください。</b>  <b>郵送での提出を希望される場合は、事前にご相談ください。</b></p> <p>【申請に必要な書類】</p> <p>① 愛西市がん患者アピアランスケア支援補助金交付申請書（様式第1号）          （佐屋保健センター窓口、市ホームページからダウンロード）</p> <p>② 過去または現にがん治療中であり、その治療によって脱毛又は乳房の変形があることが証明できる書類の写し          例）お薬手帳（抗がん剤名記載ページ）、治療方針計画書、同意書等</p> <p>③ 対象品の購入に係る領収書（原本）          ※本人氏名、購入日、購入金額、購入内容の記載があるもの</p> <p>④ 補助対象者の本人確認ができる身分証明書</p> <p>⑤ 補助対象者の口座等がわかるもの（通帳等）</p> <p>⑥ 委任状（本人以外が申請する場合）</p> <p>※原則、申請者は補助対象者本人としますが、やむを得ない理由で自ら申請等を行うことができない場合のみ、代理の方へ申請を委任することができます。          代理の方の身分証明書（運転免許証等）をご持参ください。          ※補助対象者が未成年で、保護者が申請する場合は必要ありません。</p>
申請書の提出期限	<p><b>補助対象品を購入した日の翌日から1年間</b></p> <p>※令和4年4月1日以降に購入されたものに限りです。</p>

### 問い合わせ先

愛西市役所健康子ども部健康推進課（佐屋保健センター内）

【TEL】0567-28-5833

【受付時間】8:30～17:15（土・日・祝日・年末年始を除く）