

がん患者のためのアピアランスケア 助成事業

がん治療により外見の変化を受けられた方が、治療と社会参加の両立を進められるように補整具の購入費用の一部を助成します。



○対象者

次の要件を全て満たす方が対象です。

- ① 助成金の申請日及び補整具の購入日に豊能町に住民票を有する方
- ② がんと診断され、その治療を受けた又は現在受けている方
- 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令和7年4月1日以降に購入した方
- ④ 同種の補整具の購入について、本町及び他の自治体から同様の助成等を受けていない方

○助成金額、対象補整具

- (1) ウィッグ 購入費用の1/2 (上限2万円・1回限り)
ウィッグ本体(ケアネットを含む。)又は毛付き帽子その他これらに準ずる物品
 - (2) 乳房補整具 購入費用の1/2 (上限各2万円・左右の乳房切除毎にそれぞれ1回限り)
人工乳房(乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除き、人工乳房を固定する下着等を含む。)その他これらに準ずる物品
- ※(1)、(2)ともに補整具のケアに用いる物品の購入費、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外です。

○必要書類

- (1) 豊能町がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書
 - (2) がん治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書等のがん治療を受けていた又は治療中であることが分かる書類(ウィッグは抗がん剤使用等の治療が分かる書類、乳房補整具は乳房摘出術と部位を証明する書類)
 - (3) 補整具購入等にかかる領収書(申請者又は対象者氏名、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元の記載があるもの)
 - (4) 助成金を受け取る口座の預金通帳の写し又は口座の情報が確認できる書類
 - (5) 前号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類
- ※ 提出いただいた書類は返却できませんのでご了承ください。(2)~(4)については写し可)

○申請方法

郵送申請は健康増進課（下記の問い合わせ先）、窓口申請は健康増進課、福祉課（余野 414-1）へ購入日から 1 年以内に下記必要書類を提出してください。



[お問い合わせ]

〒563-0103

豊能郡豊能町東ときわ台1丁目2番地の6

豊能町立保健福祉センター内

豊能町生活福祉部 健康増進課

TEL 072-738-3813