

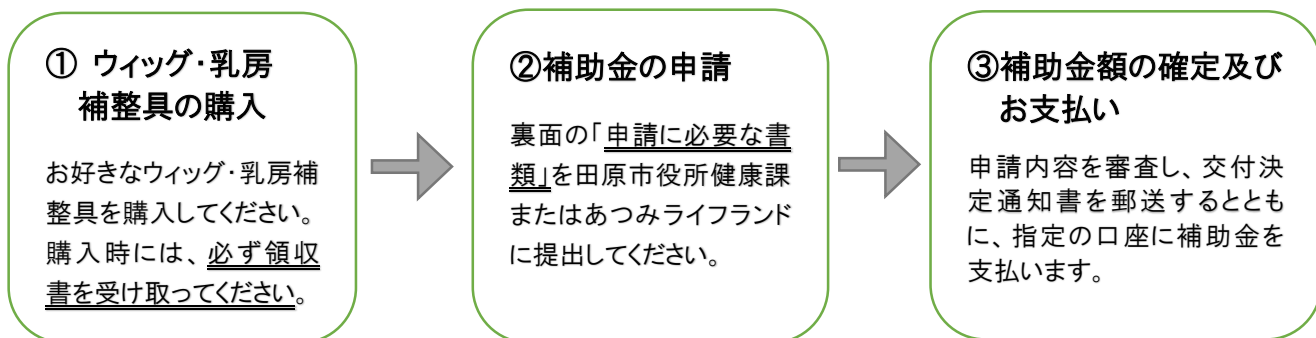
ウィッグ・乳房補整具 購入費用補助制度のご案内

(田原市がん患者アピアランスケア支援事業)

田原市では、がん患者の方の身体的・精神的な負担や社会生活上の不安を和らげるため、ウィッグや乳房補整具購入費用の補助事業を実施します。

対象者	下記の全てに該当する方 ◆申請日時時点で田原市内に住民票を有する方 ◆がんと診断された方のうち、治療に伴う脱毛の症状によりウィッグを購入した方、または外科的治療等による乳房の変形により乳房補整具を購入した方 ◆過去に本市または愛知県内の他市町村が実施する同様の補助等(令和4年4月以降)を受けたことがない方	
補助対象品	ウィッグ	ウィッグ(全頭用・部分用ともに対象) ※ウィッグと同時申請する場合のみ、頭皮保護用ネットを含みます。 ※医療用に限られません。髪の毛付帽子は対象外です。
	乳房補整具	補整下着、補整パッド、人工乳房(肌に直接密着させて使うもの) ※補整下着(パッドなし)のみは対象外です。
申請期限	補助対象商品購入後、1年以内 令和4年4月1日以降に購入したものが対象となります。	
補助金額	購入費用(税込み)の1/2 (千円未満は切り捨てます) <u>2万円を上限</u> に補助します。	
補助回数	1人につき、ウィッグ・乳房補整具それぞれ1回限り 個数は問いませんので、1回にまとめて申請してください。	

《申請から補助金交付までの流れ》



《申請に必要な書類》

次の書類を健康課へ提出してください。

対象者が未成年(18歳未満)の場合は、保護者の方が申請をしてください。

書類名	注意事項など
◆ 交付申請書 (田原市がん患者アピアランスケア支援事業 補助金申請書兼請求書)	所定の様式に記載※
◆ 治療を証明する書類(写) 治療計画書・医療行為同意書・診療明細書・ お薬手帳(抗がん剤名記載ページ)など	【ウィッグの場合】 対象者氏名、脱毛原因となったがん治療の内容 (病名や抗がん剤名など)、医療機関名の記 載がある書類 【乳房補整具の場合】 対象者氏名、乳房切除術、医療機関名の記載 がある書類
◆ 領収書(原本)	・宛名(申請者または対象者のフルネーム)、購 入日、購入金額、品名、領収書発行者の名称 の記載があるものをご用意ください。 ・対象外のものが含まれている場合は、補助対 象品の金額が分かる内訳を添付してください。
◆ 補助金交付時の口座番号が確認できるもの 申請者名義の預金通帳など	
◆ 委任状 (<u>補助対象者以外の方が申請する場合</u> に必要)	所定の様式に記載※ やむを得ない理由等でご本人が申請できず、 <u>申請等を委任する場合は提出してください。</u> 対象者が未成年(18歳未満)で、保護者が 申請する場合は必要ありません。

※交付申請書や委任状の様式は、健康課で配布しています。
田原市公式ホームページからもダウンロードも可能です。



田原市公式ホームページ
がん患者アピアランスケア支援事業

《申請場所・問合せ先》

田原市役所 健康課(北庁舎1階)
あつみライフランド 健康課

☎:0531-23-3515
☎:0531-33-0386