

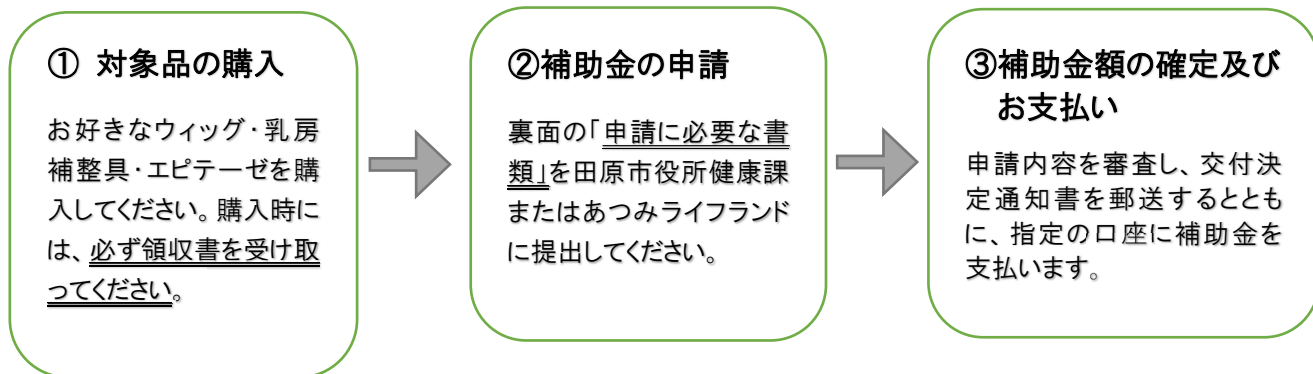
# ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼ 購入費用補助制度のご案内

(田原市がん患者アピ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、エピテーゼの購入費用を補助します。

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や顔面、手指等の変形により、乳房補整具やエピテーゼを購入した方 ◆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。 ※医療用に限りません。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。
	エピテーゼ	顔面(眼、耳等)、手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具
申請期限	補助対象商品購入後、1年以内 ※エピテーゼは令和8年4月1日以降に購入したものが対象	
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>2万円を上限に補助します。</u>	
補助回数	1人につき、ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼそれぞれ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※
◆同意書	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、医療機関名、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)の記 載がある書類 【乳房補整具の場合】 対象者氏名、医療機関名、外科的治療(乳房 切除術)等による乳房の変形が確認できる書類 【エピテーゼの場合】 対象者氏名、医療機関名、外科的治療による 顔面(眼、耳等)や手指等の欠損が確認できる 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に必要</u> )	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。

※交付申請書や同意書、委任状の様式は、健康課で配布し  
ています。



## 《申請場所・問合せ先》

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

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