

がん患者の方へ

アピアランスケア用品の購入費用を補助します

高浜市では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がよりよいものになるよう、治療による脱毛や外科的治療等による乳房の変形に対する補整具の購入費の一部を補助する事業を実施しています。



1. 制度の概要について

補助対象者 次の要件 1 から 4 のすべてを満たす方

1. 高浜市に住所を有する方
2. がんと診断され、その治療を受けた、または受けている方
3. がん治療による脱毛または外科的治療等による乳房の変形に対する補整具を購入した方
4. 過去に愛知県内の市町村から、同じ対象品で補助を受けていない方

対象品 次の(1)および(2)の品

- (1) 医療用ウィッグ（同時購入の頭皮保護用ネットを含む）
- (2) 乳房補整具（補整下着、補整パッドまた人工乳房）

補助金額 購入費用の 2 分の 1（1,000 円未満は切り捨て）

＊対象品(1)・(2)、それぞれ上限額は 2 万円です。

補助回数 1 人につき、対象品(1)・(2)それぞれ 1 回限り

申請期限 補助対象商品購入後、1 年以内に申請してください

2. 申請手続きについて

次の必要書類をそろえて、いきいき広場内「健康推進グループ」へ提出してください。

必要書類など

- ① 高浜市がん患者アピアランスケア支援補助金交付申請書(市公式ホームページからダウンロードできます)
- ② がん治療を受けていることおよびがん治療に伴う脱毛または外科的治療などによる乳房の変形を証明する書類の写し（お薬手帳、治療方針計画書、同意書などで対象者名、治療内容、医療機関名の記載があるもの）
- ③ 補整具の購入にかかる領収書の原本（申請者名、購入日、購入金額、品名、領収書発行者の記載があるもの）
- ④ 本人確認書類（マイナンバーカードや運転免許証など。申請者と対象者が異なる場合は双方のもの）

＊市は申請内容を審査し、申請者に交付の決定(又は不承認)を通知させていただきます。

＊交付決定通知を受け取られた方は、同封の「高浜市がん患者アピアランスケア支援補助金交付請求書」を記入し、健康推進グループへご提出ください。