



がん治療を受けているみなさんへ

## 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などによる乳房の変形、顔面・手指等の欠損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などによる乳房の変形や顔面（眼、耳等）・手指等の欠損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）・（2）・（3）の品

補整具区分	詳細
（1）医療用ウィッグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全頭用、部分用ウィッグが対象。</li> <li>・頭皮保護用ネットは、ウィッグと同時申請する場合のみ対象。</li> <li>・毛付き帽子については、頭皮にふれる部分が帽子素材でできており、その全面に毛がついているものは対象。帽子の裾に毛が付いているものは対象外。</li> </ul>
（2）乳房補整具	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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（肌に直接接着させて使うもの）が対象。</li> <li>・補整パッドまたは人工乳房を固定するために購入した補整機能のない下着（市販されている一般的な下着を含む）は、補整パッドまたは人工乳房と同時申請する場合のみ対象。</li> </ul>
（3）エピテーゼ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工物による、顔面（眼、耳等）や手指等が対象。</li> <li>・人工乳房は、（2）乳房補整具として対象。</li> </ul>

**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）・（3）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）・（3）それぞれ1回限り

・同じ補整具区分内で複数購入した場合は、まとめて申請してください。

※補整具区分の対象品それぞれについて、初めて購入した日の翌日から1年以内に申請してください。

**申請期限** 対象品を購入した日の翌日から1年以内に申請してください

※エピテーゼについては、令和8年4月1日以降に購入したものに限りません。

**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。

①高浜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

配布先：いきいき広場窓口・高浜市公式ホームページ（ダウンロードしてお使いください。）

②がん治療を受けたまたは現に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や顔面・手指等の欠損を証明する書類の写し

（下記の「書類の必要記載事項」が記載されたお薬手帳、治療方針計画書、同意書など）

補正具区分	書類の必要記載事項
(1) 医療用ウィッグ	対象者名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。
(2) 乳房補整具（人工乳房含む）	対象者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。
(3) エピテーゼ（人工乳房を除く）	対象者名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・医療機関名が記載されているもの。

③補整具の購入にかかる領収書（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）

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・請求者と対象者が異なる場合は双方のもの。）

⑤振込先の口座情報が分かるもの

（申請・請求者の口座に限ります。通帳、キャッシュカード、スマートフォンの画面の写しなど。）

\*市は申請内容を審査し、申請者に交付決定（または不承認）を通知させていただき、交付決定者には補助金を振込みします。

**<問合せ先>** 高浜市健康推進グループ（いきいき広場内）  
電話 0566-95-9558  
メール kenko@city.takahama.lg.jp