

# 令和6年度幸田町がん患者 アピアランスケア支援事業のご案内



## ●対象者 ①～③のすべてに該当する方

- ①申請日時時点で、幸田町に住民票があるかた
- ②がん治療に伴う脱毛に対するウィッグ又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かた
- ③過去に県内市町村において同種の補整具について補助金を受けていないかた

## ●補助の対象となるもの

令和5年4月1日以降に購入した以下のものが対象です。

- ・医療用ウィッグ（全頭用、部分用いずれも対象 毛付き帽子も含む）

※がん治療の副作用を原因とする脱毛を補正するためのウィッグであれば、医療用ウィッグに限らず対象となります。

- ・胸部補整具（補整下着、補整パッド又は人工乳房）

※乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものは補助金の対象外です。

## ●補助金の額

頭部補整具（ウィッグ）、胸部補整具のそれぞれにおいて上限20,000円（購入金額の1/2の金額）

## ●申請に必要なもの

- (1) 幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書
- (2) 補整具の購入に係る領収書の原本（申請者のフルネーム、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）
- (3) がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療による乳房の変形を証明する書類の写し（診療明細書、同意書、お薬手帳、治療方針計画書など）
- (4) 債権者登録兼口座振替依頼書
- (5) 振込口座が確認できるもの

※「幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書」と「債権者登録兼口座振替依頼書」は、幸田町ホームページからダウンロードし印刷していただく

か保健センターにて配布しています。

#### (6)印鑑

#### ●申請方法

保健センターへお越しください。

〒444-0113

幸田町大字菱池錦田84番地

幸田町保健センター（幸田町役場健康福祉部健康課）

電話番号（0564）62-8158

#### ●申請受付期間

令和6年4月1日～令和7年3月14日

#### ●注意事項

・申請は、お一人につき、ウィッグまたは乳房補整具のそれぞれにおいて1回限りです。同種の補整具を複数個購入し申請希望のかたは、1回の申請にまとめた場合申請可能です。

・幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書1枚につき、補整具1種類の申請となります。

・がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けているかたが対象となります。

・幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書の記入内容を訂正する場合、二重線にて訂正ください。

#### ●申請後の流れについて

申請受付月の翌月に交付または不交付決定通知書をお送りします。

交付決定となった申請者の指定口座に補助金を振込みます。

申請受付から結果通知まで2か月程度かかることがあります。

（問合せ先：幸田町役場健康福祉部健康課健康増進グループ 電話 62-8158  
FAX 62-8217）