

令和8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 ①～④のすべてに該当するかた

- ①申請日時時点で、幸田町に住民票があるかた
- ②がんと診断された者で、がん治療を受けたかた又は現在受けているかた
- ③がん治療に伴う脱毛に対するウィッグ、外科的治療等による乳房の変形に対する補整具又は顔面（眼、耳等）や手指の欠損に対応するためにエピテーゼを購入したかた
- ④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

購入した日の翌日から1年以内の以下のものが対象です。

※**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。
※毛付き帽子は、全面に毛がついている物のみ対象となります。
- ・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。
- ・エピテーゼ
※人工物による、顔面（眼、耳等）や手指等が対象となります。
※人工乳房は、胸部補整具の対象となります。

●補助金の額

頭部補整具（ウィッグ）、胸部補整具、エピテーゼのそれぞれにおいて購入金額の1/2の金額（1,000円未満切捨て）で上限20,000円となります。

●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、外科的治療による乳房の変形又はがん治療に伴い顔面（眼、耳等）や手指等の欠損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。

●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（幸田町健康福祉部健康課）

電話番号（0564）62-8158

●申請受付期間

令和8年4月1日～令和9年3月12日

●注意事項

- ・申請は、お一人につき、ウィッグ又は胸部補整具、エピテーゼ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。
- ・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

申請受付月の翌月頃に交付又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：幸田町健康福祉部健康課健康増進グループ 電話 62-8158
FAX 62-8217）