アピアランスケア支援事業

がんの治療による脱毛や乳房の切除などの外見変化による身体的・心理的負担や生活上の不安を和らげるため、医療用補装具（医療用ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼ）の購入費の一部を補助します。

対　象　者

・申請日において弥富市に住所(住民票)を有しており、居住している方
・がんと診断され、その治療を受けた、または受けている方
・がん治療に起因する脱毛又は外科的治療（手術）等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損に対する補整具を購入した方
・過去に県内市町村から同様の補助を受けていない方

申 請 期 限

購入日の翌日から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に限ります

	補助対象具	補助回数	限度額
医療用ウィッグ	**全頭用ウィッグ・部分用ウィッグ** **頭皮保護ネット** （ウィッグと同時に申請する場合のみ対象）	**1人あたり１回**※1	**２万円**※2
	※頭皮保護用ネットのみ、毛付き帽子、くしやクリーナー等の付属品は対象外 ※対象外となる毛付き帽子は、帽子の裾に毛が付いているもの 頭皮にふれる部分が帽子素材でできており、それの全面に毛が付いているものは全頭用ウィッグとみなします		
乳房補整具	**補整下着・補整パッド** （補正パッドと下着が一体になったもの） **人工乳房** （肌に直接接着させて使うもの）	**1人あたり１回**※1	**２万円**※2
	※補整パッド又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、補整パッド又は人工乳房と共に申請する場合のみ対象		
エピテーゼ	外科的治療等による顔面（眼、耳等）や手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具（人工乳房を除く）	**1人あたり１回**※1	**２万円**※2

※1 複数購入の場合は、まとめて申請してくださ　い※2 1,000円未満の端数は切り捨て

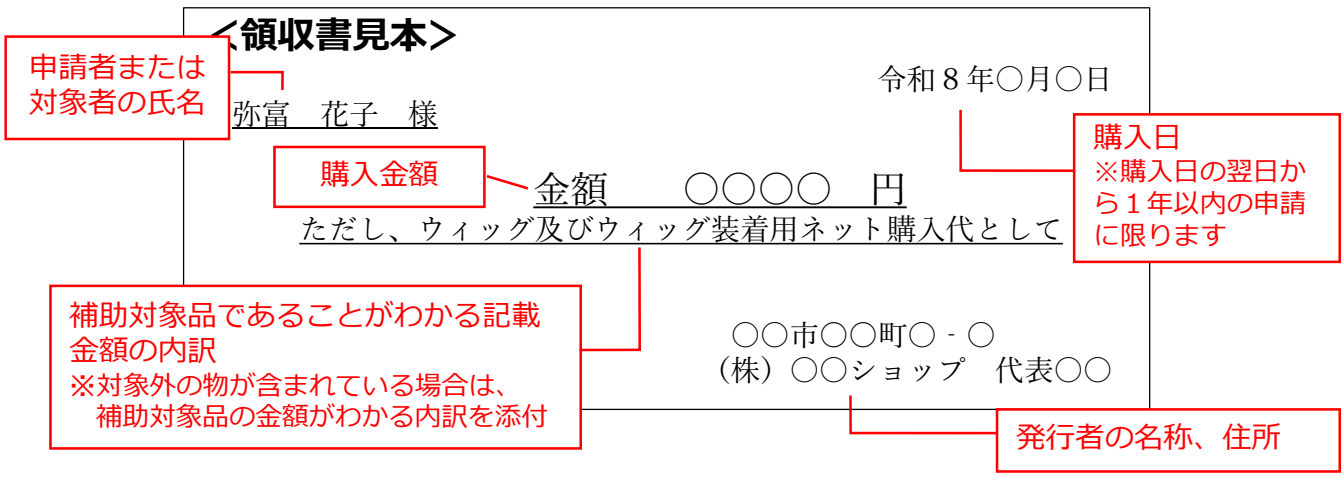
申請方法必要書類など詳しくは裏面をご確認ください▶

YATOMI

必 要 書 類

別紙「弥富市アピアランスケア支援事業費補助金Q＆A」も合わせてご確認ください

	必要書類	備考
①	弥富市アピアランスケア支援事業費補助金交付**申請書** **＜第１号様式＞**	市ホームページでダウンロードするか、健康推進課窓口でお渡しします。
②	弥富市アピアランスケア支援事業費補助金交付**請求書** **＜第３号様式＞**	
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等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を**証明する書類の写し**	治療方針計画書、同意書、診療明細書、薬剤情報提供書、お薬手帳等
④	**領収書原本** ※申請者または補助対象者の**氏名**、**購入日**、**購入金額**、助成対象品とわかる**品名**、**発行者の名称**の記載が必要	インターネットで購入した場合は、領収書を印刷して持参ください。（Q&A 30～33 参照）
⑤	**振込先口座**（申請者本人の口座）**が確認できるもの**	**通帳、キャッシュカード等**
⑥	**申請者の本人確認書類**	**運転免許証、マイナンバーカード等**
⑦	【対象者と申請者が異なる場合のみ】委任状	同居家族の場合や対象者が未成年の場合は不要



申 請 方 法

1）必要書類をそろえて、弥富市健康推進課に申請してください。
2）申請後、約１か月頃を目安に指定の口座に補助金をお振り込みします。

申請・お問い合せ先

弥富市役所健康推進課（保健センター)TEL 0567-65-1111（平日９:00～16：00）
〒511-8501 愛知県弥富市前ケ須町南本田335（市役所３階）