

## 弥富市アピランスケア支援事業費補助金について

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(医療用ウィッグ又は乳房補整具)購入費の一部を補助します。

下記の内容をご確認の上、申請してください。

### 1. 対象者

- ①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。
- 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がん治療に起因する脱毛又は外科的治療(手術)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(令和4年4月1日以降)に県内市町村から同様の補助を受けていない方。

### 2. 補助の対象となるもの ※令和4年4月1日以降に購入したもの

#### ①医療用ウィッグ

- ・全頭用ウィッグ・部分用ウィッグ
- ・ウィッグと同時に申請する場合のみ、頭皮保護ネットも対象とします。

※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となりません。

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で、頭皮にふれる部分が帽子素材でできており、その全面に毛が付いているものは全頭用ウィッグとみなします。

#### ②乳房補整具

- ・補整下着(補正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)

※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とします。

### 3. 補助金額

購入費用の2分の1で上限は「医療用ウィッグ」、「乳房補整具」それぞれ上限2万円。算出した際に1,000円未満の端数が生じる時は、その端数を切り捨てた額になります。

### 4. 補助回数

対象者1人につき「医療用ウィッグ」、「乳房補整具」それぞれ1回です。複数購入の場合は、まとめて申請してください。

### 5. 申請受付期限

申請書等の提出期限は、医療用補装具(医療用ウィッグ、乳房補整具)購入後1年以内です。ただし、令和4年4月1日以降に購入したものに限りません。

### 6. 申請方法

裏面記載の必要書類をそろえて、弥富市健康推進課(保健センター)まで提出ください。※書類については、弥富市ホームページでダウンロードまたは健康推進課窓口でお渡しします。

### 7. 補助金の支払い

申請後、約1か月頃を目安に指定の口座に振り込みします。

## 8. 申請に必要な書類等

- 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)
- 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  
申請者又は補助対象者の氏名、購入日、購入金額、品名、発行者の名称の記載が必要です。  
<領収書見本>

申請者又は対象者の氏名	令和4年〇月〇日
弥富 花子 様	購入日
金額 〇〇〇〇 円	購入金額
ただし、ウィッグ及びウィッグ装着用ネット購入代として	
金額の内訳 補助対象品であることがわかる記載が必要です。 対象外の物が含まれている場合は、補助対象品の 金額がわかる内訳を添付してください。	〇〇市〇〇町〇 - 〇 (株) 〇〇 〇〇
	発行者の名称、住所

- ⑤ 振込先の口座番号等の確認ができるもの(通帳、キャッシュカード等)  
振込先は申請者本人の口座です。
- ⑥ 申請者の本人確認ができるもの(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等)
- ⑦ 委任状  
※対象者と申請者が異なる場合は必要です(同居家族の場合や対象者が未成年の場合は必要ありません)。

## 9. その他

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。

### 【申請先・問い合わせ先】

弥富市健康推進課(保健センター)  
成人保健グループ  
0567-65-1111