

# 加東市

## がん患者アピアランスサポート事業

加東市では、抗がん剤や放射線治療による脱毛や手術療法による乳房切除など、がん治療による外見の変化により社会参加への不安を持つ方に、医療用ウィッグや乳房補正具の購入費用を助成しています。

### アピアランスサポートとは

アピアランス(外見)の変化に伴う悩みを抱えるがん患者の方への支援をアピアランスサポートといいます。

## 対象者

次の要件をすべて満たす方

- 1 申請時に加東市に住民票を有する方
- 2 がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている方
- 3 助成対象補正具を購入した方
- 4 過去に県内市町から対象補正具と同種の補助を受けていない方
- 5 前年の所得額が400万円未満

※未成年の方:生活を一にする親権者全員の合計所得額

成年かつ未婚の方:対象者の所得額

既婚の方:配偶者との合計所得額



## 対象補正具(助成金額)

### 1 医療用ウィッグ(上限 5 万円)

がん治療に伴う脱毛に対応するため一時的に着用する原則医療用のもの(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む)。1人1台に限る。

### 2 乳房補正具(A:上限 1 万円またはB:上限 5 万円)

#### A 補正下着

外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補正下着(下着とともに使用するパッドも含む)

#### B 人工乳房

乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。両側乳がんを除き、1人1台に限る。

申請方法は裏面へ

## 申請書類

- 1 申請書
- 2 がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
- 3 対象補正具の購入にかかる領収書

申請者の氏名、購入年月日、品名、補正具の種類、金額及び台数の記載があり、医療用ウィッグにあたっては医療用であることが、乳房補正具にあたっては補正下着または人工乳房であることが記載されているもの

※申請者:対象補正具を購入した方(対象者本人または法定代理人)

- 4 所得額を証明する書類の写し(公簿等で確認できる場合は省略可)

1月から5月までの申請は前々年、6月から12月までの申請は前年の所得額

## 申請期限

4月から12月までに購入した方⇒購入日の属する年度内 **3月31日まで**

1月から3月までに購入した方⇒購入日の翌日から **90日以内**

## 申請窓口

加東市健康福祉部健康課(庁舎2階)



お問い合わせ  
加東市健康福祉部健康課(2階) 電話 0795-43-0435