

# アピアランスケア支援事業



がんの治療による見た目の変化をケアする医療用のウィッグや乳房補整具の購入費用等を補助します。

## 対象者

- ・申請時に与謝野町に住所がある方
- ・がんと診断され、申請時に治療中または過去に治療を受けたことがある方
- ・がん治療による脱毛等の症状または外科的治療等による乳房の変形により補整具を必要とする方
- ・過去に本町又は他の自治体を実施する同様の補助を受けていない方

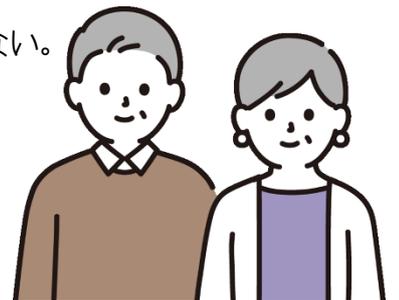
## 対象となる補装具と補助額

区 分			補助上限額	
区分1	ウィッグ等	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用ウィッグ(毛付き帽子、装着時に皮膚を保護するネット、その他の帽子等を含む。)	30,000円	
区分2	乳房補整具	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整具 なお、(1)または(2)のいずれかとし、人工乳房については、両側乳がんを除き1人1台。	(1) 補整下着(下着と共に使用するパッドを含む。)	10,000円
			(2) 人工乳房(直接肌に張り付けて使用するもの。ただし、乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。)	30,000円

- ・対象者1人につきそれぞれの区分ごとに生涯1回を限度に補助する。
- ・付属品、ケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等をいう。)並びに購入のために要した交通費及び郵送費等は、補助の対象外とする。
- ・医療保険各法による医療に関する給付の対象となるものは対象外とする。
- ・補助金の額は、購入費用の半額(1円未満の端数は切り捨て)とする。ただし、上記の表に掲げる補助上限額までとする。
- ・人工乳房以外は、区分ごとの補助上限額以内であれば購入数の上限はない。
- ・購入後1年以内のものに限る。(令和7年4月1日以降に購入したもの)

## 申請期限

- ・購入後1年以内の申請であること。



# 申請手続き



提出先：〒629-2498

京都府与謝郡与謝野町字加悦 433 番地  
与謝野町役場保健課

## 申請書の準備

- ・申請書は、加悦庁舎保健課でお渡しするか、または与謝野町ホームページに掲載しています。

## 申請方法

与謝野町役場加悦庁舎保健課まで、下記の書類を提出してください。（郵送も可）

<提出書類について>

- ① 与謝野町がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書
- ② 本人確認書類（原則は原本、郵送の場合は写しでも可）：  
対象者及び申請者の氏名、住所、生年月日が確認できるもの、運転免許証、マイナンバーカード、住民票等
- ③ がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し：  
対象者氏名、病名、治療内容（手術、薬物療法、放射線療法等）がわかるもの（ウィッグなら抗がん剤の名称がわかるもの、がん治療による副作用で脱毛になることが書かれている書類であること、乳房補整具は、乳がんであることがわかり、外科的治療等による乳房の切除またはそれらのおそれが見込まれることを証明する書類。）、日づけ、医師名や医療機関名がわかること。複数の書類の提出でもよい。  
「診療明細書」「お薬手帳」「入院診療計画書」「がん治療に関する説明書」等
- ④ 補整具の購入に係る領収書及びその明細書の原本：  
対象者氏名、購入日（R7年4月1日以降のもの）、購入金額、金額の内訳、購入品目、補整具の種類、購入数、発行者の名称の記載があるもの。ネット注文の場合も上記内容が確認できる領収書を提出する。
- ⑤ 振込先金融機関口座確認書類の写し：  
通帳又はキャッシュカードの写し。  
振込先口座は申請者と同一とする。

## 支給決定の通知と補助金の支払い

- ・支給決定の通知  
申請書類の内容を審査し、町から交付・不交付決定通知書を送付しお知らせします。
- ・補助金の支払い  
支給決定した場合は、指定の口座に補助金を振込みます。振込みには通知書の送付後、1~2か月程度かかることもあります。