



がん患者アピアランスケア支援事業助成金について

がん患者さんの心理的・経済的負担を軽減し、社会参加や生活の質の向上を図ることを目的として、医療用補整具の購入にかかる費用の一部を助成します

対象者	以下の全てに該当する人 (1) 申請日時時点で四街道市住民基本台帳に記録されている人 (2) がんと診断され、その治療による外見の変化を補完するために医療用補整具を購入した人 (3) 過去に本事業（他市含む）の同区分の助成を受けていない人 (4) 購入した医療用補整具について、医療保険各法による医療に関する給付、国または他市の助成対象とならない人
対象となる医療用補整具の区分	以下のうち医療用補整具を購入した日の翌日から1年以内 (1) 医療用ウィッグ がん治療に伴う副作用による脱毛に対処するために着用するウィッグ（毛髪付き帽子を含む。また、ウィッグと同時に購入した皮膚を保護する目的で使用する頭部用ネットを含む。） (2) 胸部補整具・エピテーゼ（同一製品は3点まで（色違い含む。）） 胸部補整具：外科的治療等による乳房の形状の変化に対処するための補整下着、補整パッド エピテーゼ：がん治療に伴い欠損した部位を補完するために体表に取り付ける人工物 *助成対象にならないもの 付属品やケア用品（クリーナー・リンス・ブラシ等）、レンタル費用、交通費や送料等 ただし、ウィッグと同時に購入し同時に助成の申請をする頭部用ネットは対象となる
助成回数および助成方法	助成は一人につき同一の区分ごとにそれぞれ1回 振込日が確定後、決定通知書を郵送 申請から1～2か月後に、助成対象者または申請者が指定した口座に助成金の振込み
助成額	医療用補整具の購入の費用（1,000円未満切り捨て、以下の上限額あり） (1) 医療用ウィッグ 30,000円 (2) 胸部補整具・エピテーゼ 20,000円
申請期間	医療用補整具を購入した日の翌日から1年以内
申請方法	健康増進課窓口、または郵送で申請 *窓口での受付は平日9時00分から16時30分（土日祝日閉庁）
申請時必要なもの	①申請書（市ホームページからダウンロード可） ②がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）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（例：診療明細書等と診断書または治療説明の同意書）の <u>写し</u> *「医療用ウィッグ」の申請の場合は、手術（頭部）または抗がん剤の薬名がわかる書類 *「胸部補整具・エピテーゼ」の申請の場合は、手術（胸部）または抗がん剤の薬名がわかる書類 *いずれも助成対象者の氏名及び医療機関名等が記載された書類が必要です。 ③医療用補整具の購入に係る領収書（宛名、購入日、購入品目、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）の <u>原本</u> ④振り込み銀行口座がわかるものの <u>写し</u> ⑤助成対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）を申請者とする ⑥申請者の本人確認書類の写し（運転免許証やマイナンバーカード等） ⑦申請者と助成対象者が異なる場合は申請者の身分証明書を持参。申請者と被接種者の世帯が異なる場合は申請者の身分証明書と委任状を持参（市ホームページからダウンロード可）
*必要書類が不備の場合、受理できませんのでご注意ください	
問合せ先	四街道市役所 健康増進課（電話）043-421-6100