

がん患者の アピアランスケア用品購入費補助 ～ウィッグ及び乳房補整具購入～

がんになっても自分らしく生きることができる社会の実現に向け、がん治療と就労や社会参加の両立及び補整具購入に伴う経済的負担の軽減を図るため、がん治療を行う者に対し、アピアランスケア用品の購入費用を補助します。

【対象者】

次のすべてに該当する方

- (1) 豊川市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、その治療を受けた、または現に受けている者
- (3) がん治療に起因する脱毛、または外科的治療等による乳房の変形に対する補整具を購入していること
- (4) 他の制度、または過去に本事業及び県内市町村から、同種の補整具購入費用の補助を受けていないこと

【補助対象品】

- (1) ウィッグ（全頭用・部分用、頭皮保護用ネットを含む）
- (2) 乳房補整具（補整下着、補正パット、または人工乳房、それらを固定する下着を含む）
※ 購入から1年以内が対象

【補助金額】

ウィッグ、乳房補整具のそれぞれにおいて上限20,000円（購入金額の1/2の金額）
※ 補助回数はそれぞれ1人1回限り

【申請方法・持ち物】

補助対象者が健康推進課へ下記書類を提出

- (1) 豊川市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書（様式第1号）
- (2) がんと診断され、その治療を証明する書類の写し（治療方針計画書・手術同意書等）
※ウィッグの場合
ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの
※乳房補整具の場合
ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの
- (3) アピアランスケア用品を購入した詳細（購入用品・金額等）が分かるレシートまたは領収書（原本）
※購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの
- (4) 購入用品・金額が明記されているカタログ等（写し）
- (5) 本人確認ができるもの（免許証・マイナンバーカード等）※その場で確認するため
- (6) 振込先の通帳 ※その場で確認するため

記入例

様式第1号（第5条関係）

豊川市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

令和 4年 7月 19日

豊川市

原則対象者本人の申請ですが、代理で申請する場合は委任状が必要
 要です。未成年はその保護者（証明の提示必要）が申請者です。

申請者（住所） 豊川市萩山町3丁目77番地1

氏名（自署） 豊川 花子

補助対象者との続柄（ 本人 ）

日中つながりやすい電話番号を記入してください。

電話番号（ 0533-89-0610 ）

申請者確認（免許書・マイナンバー・その他）

対象者	ふりがな		生年月日	(T・S・H・R)
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		43年
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名	豊川市民病院	乳房補正具の場合
		疾患名	乳がん	ウィッグの場合で該当する方法
		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術・ <input type="checkbox"/> 放射線・ <input type="checkbox"/> 薬剤・その他（ ）	
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		・お薬手帳 ・ <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補助対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ	乳房補正具	
	補正具について他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	令和 4年 4月 10日	令和 4年 7月 16日	
	領収書の名前及び本人との続柄	豊川 花子 (続柄 本人)	豊川 花子 (続柄 本人)	
	購入費用	① 39,110 円 (税込)	② 50,110 円 (税込)	
補助対象額	③ (①の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 19,555 円	④ (②の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 20,000 円		
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			39,555 円	

(豊川市記載欄)	
補助決定金額	円

振込先	金融機関名	〇〇銀行	本・支店名	豊川 本店・ <input type="checkbox"/> 支店
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ 当座	口座番号	12345678
	口座名義人フリガナ	トヨカワ ハナコ	申請者名義の振込口座を記入してください。	

様式第1号 (第5条関係)

豊川市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

豊川市長 殿

申請者 住所

氏名 (自署)

補助対象者との続柄 ()

電話番号 ()

申請者確認 (免許書・マイナンバー・その他)

対象者	ふりがな		生年月日	(T・S・H・R)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()	
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		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	
	補助対象額	③ (①の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 円	④ (②の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 円	
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			円	

(豊川市記載欄)	
補助決定金額	円

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

がん患者アピアランスケア支援事業補助金 Q&A

質 問	回 答
(1) 医療用ウィッグの補助対象	<p>全頭用・部分用ウィッグが対象となります。また、ウィッグと同時に申請する場合のみ、頭皮保護用ネットも対象とします。</p> <p>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。</p> <p>※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す。頭皮にふれる部分が帽子素材でできており、その全面に毛がついているものは全頭用ウィッグと見なし、対象とします。</p>
(2) 乳房補整具の補助対象	<p>補整下着（補整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）が対象となります。</p> <p>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は、補整パッド又は人工乳房と共に補助申請をする場合のみ対象とします。</p>
(3) 補助対象は、1人何回でもよいか。	<p>対象者1人につき、(1) 医療用ウィッグ (2) 乳房補整具それぞれ1回限りです。購入される個数は問いませんので、複数でも対象となります。ただし、申請は1回にまとめて合計額で申請してください。また、乳房補整具は、片側、両側にかかわらず1回の申請になります。</p>
(4) 代理申請は可能ですか。	<p>補助金の申請や受領は、原則として補助対象者となります。ただし、やむを得ない理由で補助対象者以外が申請する場合は、委任状が必要です。ただし、未成年にあつては、申請者はその保護者です。また、保護者の証し分かる書類等の提示を求めます。</p>
(5) 領収書又はクレジットカード決済に品名が書かれていない場合、どうすればよいですか。	<p>品名等必要事項が記載されていない場合は、購入内容や支払い金額が確認できるものの写しを添付してください。</p> <p>例) 購入したウィッグが掲載されているパンフレットやカタログ、納品書や明細書、レシート、クレジットカード売上票等</p>
(6) 申請期限はありますか。	<p>対象商品を購入された日の翌日から1年以内に申請してください。領収書の日付けが基準日となります。</p>