

がん患者アピアランスケア 支援事業のご案内

がん患者の方の精神的及び経済的な負担の軽減、療養生活の質の向上並びに就労等の社会生活の支援として、医療用ウィッグや胸部補整具の購入費用の一部を助成します。

| | |
|------|---|
| 対象者 | <p>次の全てに該当する方</p> <ul style="list-style-type: none"> ●申請日時点で指宿市に住民票のある方 ●がん治療による脱毛又は乳房の変化に伴い、ウィッグや胸部補整具を必要とする方 ●過去に本事業や他の助成制度による同様の助成を受けていない方 |
| 助成対象 | <p>令和6年4月1日以降に購入した次の物品</p> <ul style="list-style-type: none"> ①医療用ウィッグ（全頭用）1台 （装着に必要な頭皮保護用のネットを含む） ②胸部補整具 （補整下着、補整パッド、専用入浴着、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。）） |
| 助成金額 | <p>ウィッグ 購入額と20,000円のいずれか少ない額 胸部補整具 購入額と10,000円のいずれか少ない額</p> |
| 助成回数 | 1人につき、ウィッグ1台、胸部補整具1回限り |
| 申請期限 | <p>対象となるウィッグ・胸部補整具の購入日の属する年度内 ※やむを得ない事情で期限内に申請できない場合は、健康増進課までご連絡ください。</p> |

購入から助成までの流れ

※必要書類については、裏面をご確認ください。

1 助成対象品の購入

購入時は必ず領収書を保管してください。

2 助成金の申請

裏面の必要書類を揃えて、健康増進課に提出してください。

3 市の審査・交付確定通知

審査の際、確認のため申請者に連絡させていただきます場合があります。

4 助成金の交付

通知から1か月程度で、指定の口座にお振込みします。

申請に必要な書類

●①～⑤（申請を委任する方は⑥も必要）の全ての書類を提出してください。

| No. | 書類 | 内容・注意事項 |
|-----|----------------------|--|
| ① | 交付申請書兼請求書 (第1号様式) | 指宿市のホームページからダウンロードできます。また、指宿保健センターや山川・開聞支所の市民福祉課の窓口にもあります。 |
| ② | がん治療を証明する書類 (写し) | がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書などの写し |
| ③ | 領収書 (原本) | ウィッグ・胸部補整具を購入した際の領収書 (次のすべての記載が必要です。) ・申請者 (または対象者) の氏名 ・購入年月日 ・品名 ・購入金額 ・購入金額の内訳 ・台数 (個数) ・領収書の発行元の名称及び住所 ※ウィッグは全頭用であることの記載も必要です。 |
| ④ | 本人確認書類 (写し) | 申請者の本人確認ができる書類 (運転免許証 (両面), 医療保険証 (両面), マイナンバーカード (顔写真のある面) など) の写し ※申請を委任する場合, 委任者の確認書類も必要です。 |
| ⑤ | 振込先が確認できるもの (写し) | 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳の写し等 (原則申請者本人の口座としてください。) |
| ⑥ | 委任状 (第2号様式) | 対象者がやむを得ない理由で自ら申請等を行うことができないとき, 対象者本人以外の方が申請する場合に必要です。 ※対象者が未成年の場合は不要です。 |

申請方法

窓口にご持参いただくか郵送でご提出ください。

提出・問い合わせ先

指宿市役所 健康増進課 地域保健係

〒891-0497 指宿市十町2424番地
(指宿保健センター内)

☎0993-22-2111 (内線 283・629)

開庁時間 平日 8:30～17:15 (年末年始除く)

●山川支所市民福祉課・開聞支所市民福祉課の窓口にもご提出いただけます。

★詳しくは、お問い合わせいただくか指宿市のホームページをご覧ください★

指宿市 アピアランスケア 助成

