

がん患者の方へ

アピアランスケア支援事業助成金のご案内

東近江市では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がより良いものになるよう、ウィッグや帽子、乳房補整具の購入費用の一部を助成を行っています。

対象者（下記全てに該当する人）

- 1 申請日時点で、1年以上東近江市に住民票があること
- 2 がんと診断され脱毛症状の副作用を伴う治療方法によるがんの治療又は乳房切除手術を受けている又は受けたことがあること
- 3 市税及び国民健康保険料に未納がないこと

助成対象品

- 1 ウィッグ又は帽子
※装着時に皮膚を保護するネットも含みます。※医療用に限りません。
- 2 乳房補整具（右）・（左）
※補整下着及びパッド又は人工乳房（乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く）
※附属品及びケア用品は対象外です。

助成金額

補整用具の購入額又は10,000円のいずれか少ない額（1,000円未満切捨て）
※他の助成等を受けている場合は、購入額から助成済額を除いて比較します。

助成回数

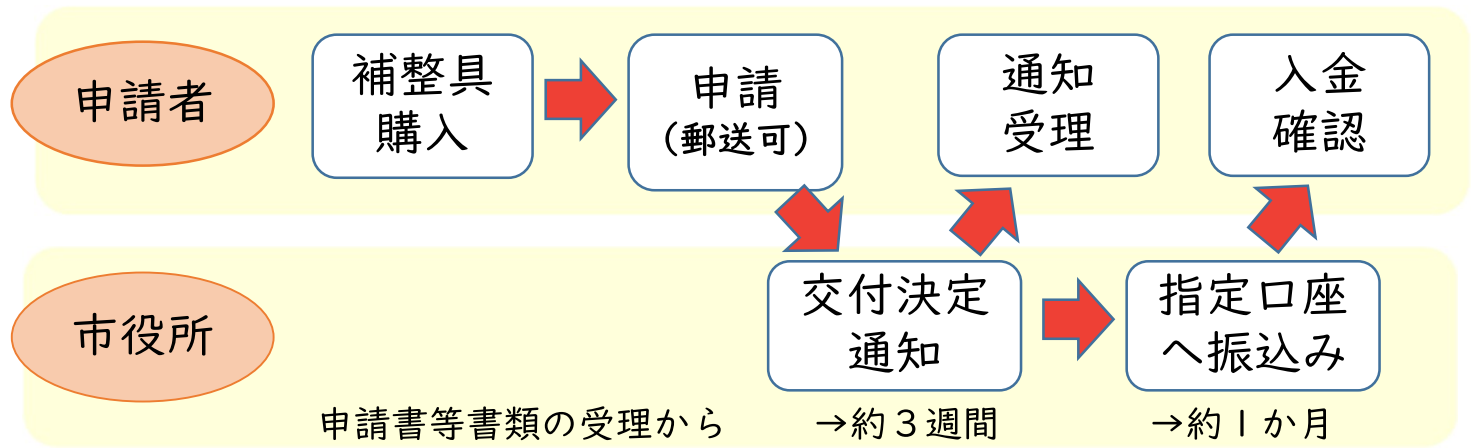
補整用具 1種類につき 1回限り
※乳房補整具は左右それぞれ 1回ずつ助成対象となります。
※同じ補整用具を複数購入の場合はまとめて申請してください。

申請期限

購入した日の翌日から起算して1年以内

申請方法

郵送、健康推進課又は各支所【保健師等の窓口】で申請できます。



※郵送の場合は、[簡易書留](#)や[特定記録郵便](#)等をお勧めします。郵便物の不着事故などは責任を負いかねます。

申請書類

1	東近江市がん患者のアピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書(押印要) ※窓口又は市ホームページから、ダウンロードできます。	
2	ウィッグ又は帽子の場合	
	脱毛の副作用がある抗がん剤治療の受療を証明する書類	お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書、その他抗がん剤による治療を行っている(行った)ことを証明するものなどの写し
3	乳房補整具の場合	
	がん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類	診療明細書、治療方針計画書、その他乳房を切除したことを証明するものなどの写し
4	補整用具を購入した金額の明細が分かる書類	領収書等の写し ※クレジットカード払いの場合は、カード会社の利用代金明細書等 ※購入日、購入先、品目、申請者氏名の記載のあるもの
5	市税の完納を証明する書類	完納証明書 ※課税されている科目のすべて(市県民税、固定資産税、軽自動車税等)が過去5年間完納されていることを証明するもの ※納税課窓口又は支所にて発行不可の場合(非課税等)は不要
6	振込先口座が確認できる書類	通帳等の写し ※通帳の場合は見開き部分のコピー

東近江市健康医療部健康推進課
〒527-8527 東近江市八日市緑町10番5号
電話 0748-24-5646 IP 050-5801-5646

(市ホームページ)

