

ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼ購入費用を補助します

常滑市では、がん患者の方の身体的・精神的な負担や社会生活上の不安を和らげるため
アピアランスケア用品(ウィッグや乳房補整具およびエピテーゼ)購入費用の補助を行います。



■対象者 (以下全ての項目に該当する方)

- ・申請日時時点で常滑市に住民登録があること
- ・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方
- ・がん治療による脱毛、外科的治療等による乳房の変形または顔面(眼、耳等)や手指等の欠損に対する補整具を購入している方
- ・過去(令和4年4月1日以降)に愛知県内の他の市町村から同種の補助を受けていない方

■対象品

- ①医療用ウィッグ(医療用ウィッグと同時に申請する頭皮保護用ネット含む)
- ②乳房補整具(補整下着、補整パッド、人工乳房)
- ③エピテーゼ(人工物による、顔面(眼、耳等)や手指等 ※人工乳房を除く)

■補助金額

購入金額の2分の1(10円未満切り捨て、上限額は次のとおり)
※ポイントを使って支払いをした場合、ポイント分は対象となりません

- | | | |
|------------------------------|---|-----------------|
| ①医療用ウィッグ
②乳房補整具
③エピテーゼ | } | 上限額は、①～③それぞれ3万円 |
|------------------------------|---|-----------------|

■申請期限

補助対象商品を購入した日から1年以内 (例:5月1日購入の場合、翌年5月1日が申請期限)
※オンラインで購入された場合、注文をした日が購入日となります
※エピテーゼは、令和8年4月1日以降に購入したものに限りです

■申請方法

必要書類をそろえて、保健センター窓口に出すまたは郵送してください。
オンライン(常滑市公式LINE)による申請もできます。

■窓口または郵送申請における必要書類

1. 常滑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兼請求書(様式第1号)
※購入者が申請者になります。申請者に補助金を交付します。
※訂正する場合は訂正印が必要です。
2. がん治療を証明する書類の写し
(例)診療明細書、治療方針計画書、同意書
※医療用ウィッグは脱毛の副作用のある抗がん剤などの薬剤の記載、乳房補整具は乳房切除術の記載、エピテーゼは欠損した部位の治療内容または切除術の記載のあるもの。
3. 領収書原本
4. 本人確認書類 (例)運転免許証、マイナンバーカード
5. 振込先の口座が確認できる物 (例)預金通帳、キャッシュカード
6. 委任状(申請者と補助対象者が異なる場合のみ)
※原則、申請者は補助対象者となりますが、申請者と補助対象者が異なる場合は委任状が必要です。
ただし、未成年の場合の申請者は保護者となりますが、委任状は必要ありません。



■オンライン(常滑市公式LINE)申請における準備書類

※対象者がご自分の補助対象品を購入した場合のみ申請できます。ご家族の方が補助対象品を購入した場合などは、窓口または郵送で申請をお願いします。

1. マイナンバーカード
2. がん治療を証明する書類の写しの画像
(例)診療明細書、治療方針計画書、同意書
※詳細は、左記「窓口または郵送申請における必要書類」を参照。
3. 領収書(複数枚ある場合はその全て)の画像
4. 振込先の口座が確認できる物の画像
(例)預金通帳、キャッシュカード



【常滑市公式LINE】
※「メインメニュー」の「申請」から「がん患者アピアランスケア支援事業」を選択してください。



裏面も
要確認
だニャン!

助成に関するお問い合わせ・申請書提出先

〒479-0868 常滑市飛香台3丁目3番地の3
常滑市保健センター(健康推進課)
☎ 0569-34-7000(平日 9:00~16:00)



詳しくは市ホームページを
ご確認ください。
様式のダウンロードも
こちらから。

■よくある質問

Q1.領収書の注意事項を教えてください。

A1.(例)を参考にして①～④の事項に注意してください

購入者が申請者
になります。
申請者に補助金
を交付します。

(例)

②常滑 花子 様

金額 88,800円

③ただし、ウィッグ及び頭皮保護用ネット購入代として

④名古屋市〇〇区〇〇町〇ー〇
(株) 〇〇〇

①令和〇年〇月〇日

①日付:購入日

②宛名:申請者または補助対象者の氏名(フルネーム)

③金額の内訳:補助対象品であることがわかる記載が必要です。対象外の品物が含まれている場合は、補助対象品の金額がわかる内訳を添付してください。乳房補整具は、「補整下着」、「補整パッド」または「人工乳房」であることが記載されていること。

④領収書発行者の名称及び住所

Q2.補助対象となる補整具は、1人につき1つに限られますか？

A2. 購入される個数は問いませんが、申請は1人1回までですので、複数購入された場合は、まとめて申請してください。

Q3.過去に医療用ウィッグで補助を受けましたが、今回乳房補整具やエピテーゼで補助を受けられますか？

A3.可能です。医療用ウィッグ、乳房補整具、エピテーゼでそれぞれ1回ずつ補助を受けることができます。

Q4.がん治療を証明する書類として、どのような書類を出せばよいですか？

A4.がん治療を行ったことが分かる書類の写しを提出してください。特別な診断書等は必要ありません。

(1)医療用ウィッグの場合:

補助対象者氏名、脱毛原因の治療内容(抗がん剤名)、医療機関名が記載されているもの

脱毛の副作用の
ある薬剤の記載

(例)

診療明細書

令和〇年〇月〇日

【患者番号】00000

氏名 常滑 花子 様

(区分)

(項目名)

(点数)

(回数)

(金額)

エトポシド点滴静注液

〇〇病院 電話〇〇〇-〇〇〇

(2)乳房補整具の場合:

補助対象者氏名、乳房切除術、医療機関名が記載されているもの

(3)エピテーゼ(人工乳房を除く)の場合:

補助対象者氏名、欠損した部位に関する治療内容又は切除術、医療機関名が記載されているもの

(例)

手術同意書

令和〇年〇月〇日

【患者番号】00000

氏名 常滑 花子 様

病名:皮膚がん

治療計画:断指術

欠損した部位の治療
内容または切除術の
記載

〇〇病院 電話〇〇〇-〇〇〇

Q5.郵送で申請したい場合はどのようにしたらよいですか？

A5.以下のことに注意して、常滑市保健センターまで必要書類を郵送してください。

- ・封筒に「アピアランスケア支援事業補助金交付申請書在中」と朱書きしてください。
- ・申請日は郵送する日を記入してください。ただし、消印の日によって申請日とみなされる日が変わることがあります。詳しくは市ホームページの「申請方法」をご確認ください。
- ・必要な書類に不備のある場合は、書類が揃った日を申請日として受け付けます。
- ・郵便物が未着の場合、市では補償できません。配達記録が残る郵送方法(書留郵便、レターパック等)による郵送をおすすめします。
- ・領収書の原本は返却できません。領収書の原本の返却が必要な方は窓口で申請してください。
- ・本人確認書類と振込先の口座が分かる物はコピーを郵送してください。