常滑市在住のがん患者の方へ

ウィッグ・乳房補整具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）購入費用の補助を行います。

対象者
次の①～④全てに該当する方

①申請日時点で常滑市に住民登録があること
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方
③がん治療によ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方
④過去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（頭皮保護用ネットを含む）
②乳房補整具

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）
①医療用ウィッグ　：　上限３万円
②乳房補整具　　：　上限３万円

申請期限

補助対象商品購入後１年以内に申請

申請方法

必要書類をそろえて、保健センターへ提出してください
※様式第１号は常滑市ホームページからダウンロードできます
（保健センター窓口でもご用意しています）

【申請に必要な書類】

①常滑市がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書（様式第１号）
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、医療行為同意書
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、健康保険証
⑤振込先の口座が確認できるもの　（例）預金通帳、キャッシュカード

Q & A

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

（例）

①令和４年４月１日

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日付：購入日
②宛名：ご本人のお名前（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、今回乳房補整具で補助を受けられますか？
A3:可能です。医療用ウィッグと乳房補整具それぞれ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（氏名、病名や抗がん剤などの記載がある）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。

（例）

診療明細書　　令和４年４月１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　電話〇〇〇ー〇〇〇

脱毛の副作用のある薬剤

申請先・問い合わせ先

常滑市保健センター（常滑市福祉部健康推進課）

電話：０５６９－３４－７０００

住所：〒479-0868　常滑市飛香台３－３－３

受付時間：8 時 30 分～17 時 15 分（土・日・祝日を除く）

公式ウェブサイト

（R5.4.1 現在）