

岩出市がん患者アピアランスケア助成事業

～ウィッグ・乳房補整用具購入費助成のご案内～

岩出市では、がん患者の方の療養生活の質の向上と社会参加の促進を支援するため、補整具（ウィッグ及び乳房補整具）の購入費用の一部を助成します。

対象者（次の項目に全て該当する者）

- ① 助成申請日及び補整具の購入日に岩出市に住民票登録がある者
- ② がん治療の副作用により脱毛が認められる者又は乳房切除術を受けた者
- ③ 申請する医療用補整具について、過去に他の市町村の助成を受けていない者
- ④ 令和6年4月1日以降に購入し、申請日時点で購入日から1年以内の者
- ⑤ 市税等を滞納していない者

助成金額と回数

- ① 医療用ウィッグ（全頭用・保護ネット含む）
【助成金額】 2万円又は購入金額の2分の1の額のいずれか低い方
【助成回数】 1回
- ② 補整下着（パッド含む）
【助成金額】 1万円又は購入金額の2分の1の額のいずれか低い方
【助成回数】 1回
- ③ 人工乳房・人工乳頭
【助成金額】 2万円又は購入金額の2分の1の額のいずれか低い方
【助成回数】 右と左の乳房切除毎に1回（乳房再建術は除く）
※①～③の助成金額に1,000円未満の端数がある場合は切捨てとなります。

申請期限

助成対象商品購入後、1年以内（令和6年4月1日以降に購入したものが対象です。）

申請に必要な書類

- ① 岩出市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- ② 抗がん剤治療又は手術等治療内容を確認できる書類（治療説明書、診断書及び治療方針計画書等）の写し
- ③ 補整具購入費用等がわかる領収書（購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元がわかるもの）（原本）
- ④ 助成金の振込先金融機関の口座番号を確認できる書類（通帳等）の写し

※ ①の岩出市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）については、市ウェブサイトからダウンロードできます。

問合せ先及び申請書提出先

岩出市役所 保険介護課 健康推進係

TEL 0736-62-2141