

～がん患者の就労や社会参加を応援するために～

小城市がん患者アピアランスケア助成金のご案内

小城市では、がん患者の皆さまが、がん治療に伴うアピアランス(外見)上の変化をカバーし、安心して療養生活や社会参加に取り組むための一助となるよう、医療用補正具の購入費用の一部を助成します。



助成の対象となる人

次のすべての要件を満たす人です。

- ①申請日時点で、小城市に住民票がある人
- ②がんに係る治療を現に受けている、または過去に受けていた人
- ③がん治療に伴う脱毛、または乳房切除により、医療用補正具を購入している人
- ④当該年度において、他の都道府県及び市区町村から同種の助成などを受けていない人

助成対象経費

補正具の種類	助成対象経費
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ(装着時に皮膚を保護するための保護ネット含む)。ただし、本体に含まれない付属品やケア用品は対象となりません。
乳房補正具	手術による乳房の形の変化に対応するための補正下着、補正パッド及び人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)。

※令和4年4月1日以降に購入したものに限りです。

助成金額

購入費用の2分の1(1円未満切り捨て)

- ①医療用ウィッグ 上限額2万円
- ②乳房補正具 上限額2万円

※①、②ごとに1年度につき1回まで申請できます。

※①、②とも、複数の補正具の購入費を併せて申請できます。

(例)5万円のウィッグを購入した場合、2分の1の額が2万5千円となりますが、助成の上限額が2万円のため、助成額は2万円となります。

申請期限

補正具購入日の翌日から1年以内

助成金支給までの流れ

- ① 申請書類提出
- ② 審査
- ③ 交付決定通知書送付
- ④ 助成金の振込み

申請に必要な書類は裏面をご覧ください!

申請に必要な書類等と注意事項

申請に必要な書類等	注意事項
① がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)	用紙は市のホームページからダウンロードするか、健康増進課でお受け取りいただけます。申請時に窓口でも記入できます。
② がんに係る治療を現に受けている(過去に受けていた)ことを証明する書類	放射線治療、抗がん剤治療又は手術などがん治療を行ったことがわかる書類(写し可) 例)診療明細書、治療方針計画書、化学療法又は手術に関する説明書・同意書、お薬手帳など 証明する書類が無い場合は、ホームページ上の「がん治療受診証明書」をご利用ください。 証明書類発行手数料は自己負担となりますが、助成の対象になります。
③ 補正具を購入した日付及び金額の明細がわかる書類(領収書等)	原本を提出してください(写し不可)。 宛名(フルネーム)、購入日(発行日)、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称及び住所の記載が必要です。領収書に金額内訳がない場合は、購入明細書や納品書、カタログ等の購入内容が確認できるものを併せてご提出ください。
④ 振込先口座の通帳の写し	金融機関名、支店名、預金種目(普通・当座)、口座名義人、口座番号がわかるページの写し 振込先は「助成対象者」または「助成対象者の保護者(対象者が18歳未満の場合に限る)」の口座に限ります。
⑤ 委任状(必要な場合のみ)	助成対象者以外が申請する場合に必要です。ただし、助成対象者が18歳未満で保護者が申請する場合は必要ありません。
⑥ 申請者の本人確認書類	運転免許証、健康保険証をご提示ください。郵送の場合は写しを同封してください。
⑦ 印かん(朱肉を使うもの)	申請書兼請求書に押印いただきます。

申請書類、助成に関するQ&Aなど詳しくは小城市ホームページをご覧ください。

小城市 アピアランスケア

検索



スマホはこちらから

申請先・お問合せ先

申請に必要な書類をそろえて、下記の担当課まで持参または郵送してください。

小城市 福祉部 健康増進課 (西館1階 7番窓口)
住所: 〒845-8511 小城市三日月町長神田2312番地2
電話: 0952-37-6106