

河合町アピアランスケア支援事業のご案内について

事業の目的

がんを治療された方の中には、外見が変わり、自分らしさが失われたと感じ、社会参加をためらう方も少なくありません。

河合町では治療を乗り越えながら頑張っている皆さまの苦痛の軽減を図るとともに、経済的負担を緩和し、社会参加しやすい環境を整えることを目的とし、医療用ウィッグ・乳房補整具の購入について助成金で支援をします。

対象者 以下のすべての条件に当てはまる方となります。

1. がんと診断され、がん治療を受けた又は、現に治療を受けていること
2. 助成金の申請をする日、かつ補整具の購入日に、河合町の住民であること
3. がん治療に伴い脱毛、又は手術により乳房の形が変化していること
4. 該当補整具などの購入に関し、他の法令等に基づく助成等を受けていないこと



助成金の対象となるもの

申請日は購入から 1 年以内のものが対象となります。以下の補整具が対象です。ただし、購入に要した交通費や郵送料等は対象外です。

1. 医療用ウィッグ(全頭用) ウィッグと同時に購入した頭皮保護用ネットを含む。
(ただし、毛付き帽子、付属品及びケア用品等は除く。)

2. 乳房補整具

1) 補整下着(補整パッド)

2) 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は助成金の対象外)

補整下着は補整パッドまたは人工乳房と同時購入(助成金の同時申請)の場合に限る

助成金の額、助成回数

・医療用ウィッグ及び乳房補整具それぞれにおいて、購入金額の 2 分の 1 の金額および上限 2 万円まで(その額に 1 円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額)

・助成回数は、医療用ウィッグ及び乳房補整具のそれぞれ 1 回。乳房補整具において、両乳房用を一度に購入した場合は 1 回、左右それぞれ購入した場合はそれぞれ 1 回とする。なお、補整下着(補整パッド)、人工乳房はどちらか 1 回の助成になります。

申請に必要な書類

1. 河合町アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書 (印)があるもの

2. 助成対象者の、がん治療に関する説明書、治療方針計画書など(写し可)

・がん治療を受けた、または既に治療を受けていること

・医療用ウィッグは、抗がん剤使用等の治療が分かる書類、乳房補整具は、外科的治療による乳房摘出術と部位が分かる書類

3. 対象補整具の購入にかかる領収書(写し可)

助成対象者名、購入日、購入品目、購入金額(送料及びクーポン等による割引を差し引いた金額)、領収書発行者の名称の記載がある書類

4. 助成対象者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
未成年者の場合のみ、保護者の振込先でも可能

5. 委任状 ご本人が申請に来られない場合は、代理人でも委任状を添えて申請ができます。

助成対象者と申請者が異なる場合に提出してください。