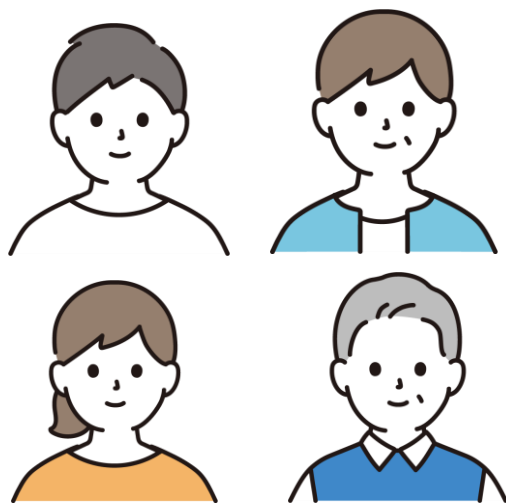


がん治療による 外見の変化にお悩みの方へ

制度を拡充
しました

～アピアランスサポート事業助成金のご案内～

高浜町では、がんの治療を受けながら社会参加等を継続するための支援として、がん治療に伴うアピアランス(外見)の変化に対処する目的で購入した補装具等の費用の一部を助成します。



対象となる方

次の1・2のいずれにもあてはまる方

1. 購入から申請日において、継続して高浜町に住所を有する方
2. がんと診断され、現在治療中または過去に治療を受けたことがある方で、補装具等を購入した方

対象の補装具と助成の上限額

令和6年4月1日以降に購入した補装具が対象です(個数の制限はありません)

ウィッグ

ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネット及び脱毛に対応するための帽子を含む

購入費の
1/2 上限 5万円

胸部補装具

補整下着
〔下着とともに使用する
パットを含む〕

購入費の
1/2 上限 1万円

人工乳房

人工乳房・乳頭
〔再建術等で体内に埋め
込まれたものは除く〕

購入費の
1/2 上限 5万円

助成対象にならないもの

付属品やケア用品(シャンプー、ブラシなど)、自作した場合の材料費、レンタル費用、郵送料、代引き手数料、クーポン・ポイント支払いなどによる補装具等の割引分

助成回数 ウィッグ・胸部補装具・人工乳房それぞれ年度につき1回限り

申請期限 補装具等を**購入した年度末(3月31日)までに申請**
例)R6. 4. 1～R7. 3. 31購入分は、R7. 3. 31までに申請してください。

お問い合わせ

高浜町 保健福祉課 保健グループ ☎(72)2493

購入から申請までの流れ

1 補整具等の購入

購入時には、金額額および購入した補整具が確認できる書類を受け取ってください。
(詳細は下記の表を参照)

2 助成金の交付申請・請求(下記の必要書類を提出してください)

番号	提出書類	提出前にご確認ください
①	高浜町アピランスサポート事業 助成金支給申請書兼請求書	●原則、申請者は対象者本人としてください。 〔対象者が未成年の場合は、保護者が申請 してください〕 ●添付書類②③④に漏れがないか確認ください。
②	がん治療に伴う脱毛、外科的治療 による乳房・乳頭の変形や欠損ま たはそれらのおそれが見込まれ ることを確認できる書類	●がん治療に関する説明書や診断書、治療方針 計画書等の書類。写し可。 ●発行した医療機関名または医師の氏名、治療の 受けた方の名前がわかるもの。
③	助成対象補整具の購入に係る購 入金額および購入した助成対象 補装具が確認できる書類	●申請者の氏名(フルネーム)、購入日、品目、 個数、金額、購入先の名称及び住所の記載が ある領収書。商品カタログ、購入品の写真、 見積書等の書類。写し可。
④	助成金の振り込みを希望する金 融機関の通帳等、口座番号等が 確認できるものの写し	●口座名義人、銀行名、支店名、口座番号が わかるもの(通帳のコピー等) ●振込先は申請者本人の口座としてください。

申請・請求先

高浜町保健福祉課 保健グループ

〒919-2201 高浜町和田117-68

3 助成額の決定・交付

申請内容の審査完了後、交付決定通知書(兼額確定通知書)を郵送し、申請時に指定された
口座に助成金を振り込みます。申請から助成金振込まで2か月ほどかかります。

申請には、申請期限や回数の制限がありますのでご注意ください。
その他 詳細については、保健福祉課保健グループ(TEL0770-72-2493)
までお問い合わせください。