

三田市がん患者アピアランスサポート事業（補正具購入補助）

薬物療法や放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除など、がん療法による外見（アピアランス）変化に対する不安の軽減や療養生活をよりよく送れるよう、医療用ウィッグ等の補正具の購入費用を補助します。

1 対象者（以下のすべてに該当する方）

- 申請時に三田市に住民票を有する方
- がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている方
- 対象補正具を、申請期限内に購入した方（裏面、4 申請期限参照）
- 過去に県内市町から対象補正具と同種の補助を受けていない方
- 下表の所得要件を満たす方

対象補正具を購入された方	前年(1月～5月の申請にあつては前々年)の所得額
未婚かつ未成年の場合	対象補正具を購入された方と生計を一にする親権者全員の所得額の合計が 400 万円未満
未婚かつ成年の場合	対象補正具を購入された方の所得額が 400 万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入された方及びその配偶者の所得額の合計が 400 万円未満

2 補助内容

対象補正具については、下表のとおりです。

なお、付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）並びに購入のために要した交通費及び郵送料等は対象外となりますので、ご注意ください。

申請は、対象者 1 人につき補正具の区分ごとに 1 回を限度とします。

	区分	要件	補助 上限数	補助 上限額	
(1)	医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため一時的に着用する医療用のもの (医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む。)	1 台	5 万円	
(2)	乳房補正具 (補正下着か 人工乳房の いずれか)	補正下着	外科的治療などによる乳房の形の変化に対応するための補正下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	複数可	1 万円
		人工乳房	人工乳房 (乳房再建術などによって体内に埋め込まれたものを除く。)	1 台※	5 万円

※人工乳房は、両側乳がんの場合のみ 2 台まで補助対象(補助上限額は 5 万円)。

3 申請書類

(1)申請書兼請求書

健康増進課窓口にあります。また、市ホームページからもダウンロードできます。

(2)がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など

下記の両方を満たすこと(写し可)。

- がん治療を受けた、または現に受けていることを証明する書類
- がん治療に伴う脱毛又は外科的治療などによる乳房の変形を証明する書類

(3)対象補正具の購入にかかる領収書

申請者の氏名、購入年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの(写し可)。

これらに加えて、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考などに記載されているもの。

(4)世帯の住民票

発行から3か月以内であり、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの(写し可)。

※申請書兼請求書において、住民登録の調査、照会、閲覧に同意いただける場合は、提出不要になることがあります。

(5)所得を証明できる書類

下表に記載する所得を証明できる書類(写し可)。

なお、所得は前年(1月～5月の申請にあっては前々年)のものとする。

※申請書兼請求書において、税務関係書類の調査、照会、閲覧に同意いただける場合は、提出不要になることがあります。

対象補正具を購入された方	必要書類
未婚かつ未成年の場合	対象補正具を購入された方と生計を一にする親権者全員の所得額【児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第3条に定める所得額をいう。以下同じ。】がわかる書類
未婚かつ成年の場合	対象補正具を購入された方の所得額がわかる書類
既婚の場合	対象補正具を購入された方及びその配偶者の所得額がわかる書類

4 申請期限

(1)4月から12月までの間に補助対象補正具を購入した場合：購入日の属する年度内(3月31日まで)

(2)1月から3月までの間に補助対象補正具を購入した場合：購入日の翌日から起算して90日以内

5 申請方法

申請書類を下記まで郵送または来所にてご提出ください。

【申請受付・お問い合わせ先】 三田市 健康増進課

〒669-1514 三田市川除675番地 三田市総合福祉保健センター2階

電話：079-559-6155 FAX：079-559-5705



市ホームページ