

がん患者アピアランスケア助成金のご案内

あきる野市では、がん治療に伴う外見の変化の悩みを抱えているがん患者に対し、社会参加の支援するために、アピアランスケア用品の購入及びレンタルに係る費用の一部を助成します。

●対象者(以下のすべてに該当する方)

- (1) 申請日において市内に住所を有すること。
- (2) がんと診断され、現にその治療を受けていること又は過去にがんの治療を受けていたことに伴い、アピアランスケア用品の購入等をしていること。
- (3) 購入等をしたアピアランスケア用品について、他の区市町村から同種の助成金の交付を受けていないこと。

●助成対象品

- (1) 医療用ウィッグ(装着用ネットを含む。)
- (2) 毛付き帽子
- (3) 人工乳房
- (4) 補整下着(パッドを含む。)
- (5) 弾性着衣

※対象となるか不明なものについては、事前にお問い合わせください。



▲市ホームページ

●助成金額・回数

- ・上限1万円(消費税を含む)までです。
- ・1回の申請につき、1点まで申請できます。
- ・生涯2回まで申請ができます。

※本体に含まれない付属品、購入等のために要した交通費、配送に要する費用等は除きます。

●手続きの流れ

アピアランスケア用品の購入又はレンタル(領収書等を保管ください。)



助成金の申請(郵送もしくは窓口まで申請してください。)



助成金額の確定及びお支払い(書類を確認、審査したうえで、指定の口座にお振り込みします。)

<問い合わせ先・ご提出先>

〒197-0814 あきる野市二宮350番地 あきる野市役所 健康課 健康づくり係
電話 042-558-1183(直通) 平日8時30分から17時15分まで

必要書類など、詳しくは裏面をご覧ください ▶▶

●申請期間、申請方法

購入及びレンタル契約した日から1年以内に、下記の必要書類を郵送もしくは窓口にて申請してください。

※郵送の場合は、簡易書留や特定記録郵便等をお勧めします。普通郵便でも受付は可能ですが、郵便物の不着事故などは責任を負えませんのでご了承ください。

※様式については健康課窓口に設置。あきる野市ホームページからダウンロードができます。

●必要書類

□ あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付申請書(様式第1号)

□ がんの治療を受けていること又は受けていたことを証する書類の写し(複数提示可)
(診療明細書、治療方針計画書、診断書等)

□ アピアランスケア用品を購入等した日付及び金額の明細が分かる書類(原本)

※購入日、購入金額、購入品名、宛名(申請者または対象者のフルネームのものが望ましいです。)、領収書発行者名の記載があるものをご用意ください。

□ あきる野市がん患者アピアランスケア用品購入等費用助成金交付請求書(様式第3号)

□ 本人確認書類の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)

□ 委任状(振込先が本人名義の口座以外の場合は必要です。)

Q&A



昨年がんの治療を受けました。その後、ウィッグを購入しました。助成の対象になりますか。

治療を受けた時期は問いません。

ただし、購入及びレンタル契約した日から1年以内に申請が必要です。

過去にウィッグで助成を受けました。もう一度ウィッグで助成を受けられますか。

可能です。

生涯に2回までです。組み合わせは自由です。

領収書に品名が書かれていません。どうすればよいですか。

納品書や明細書など購入内容が分かるものを添付してください。

インターネットで購入した場合、対象になりますか。

対象になります。

対象者本人が申請手続きをできない場合はどうすればよいですか。

申請に必要な書類がそろっていれば、対象者本人以外の方でも申請ができます。

その場合、申請書に記載する申請者に申請手続きされる方のお名前をご記載ください。

レンタル利用で毎月使用料を支払いしている場合、申請はどうすればよいですか。

領収書をまとめて提出してください。

ただし、レンタル開始日から1年過ぎた領収書の分は対象外となります。