

がん患者アピアランスケア支援事業助成について

古座川町では、がん治療に伴う負担を軽減、療養生活の質の向上を図るために補整具（ウィッグおよび乳房補整具）の購入費用の一部を助成します。



● 対象者（下記の要件をすべて満たす方）

- がん治療を受けた、または現在治療を受けている方
- がん治療の副作用として脱毛が認められる方、または乳房切除術を受けた方
- 古座川町や他の自治体から、同様の法令に基づく補助を受けていない方
- 申請日に古座川町内に住民登録がある方

● 内容

対象となる補整具と補助内容：

| 補整具の種類 | 補助金額 | 上限額 |
|--|--------------|------------|
| 全頭用ウィッグ （装着時の保護ネットも含む） | 購入金額の 1/2 | 2万円 |
| 乳房補正具（補整下着） （下着と共に使用するパットを含む） | | 1万円 |
| 人工乳房・人工乳頭 （乳房再建術によって体内に埋め込まれたものを除く） | | 左右各 2万円 |

※令和7年4月1日以降に購入した補整具が対象となります。

● 申請について

下記の書類をご持参のうえ申請してください。

- 古座川町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
（町ホームページ内でダウンロードできます。）
- 治療内容等を証明する書類
【がん治療受診証明書（様式第2号）（町ホームページ内でダウンロードできます。）
もしくは診断書、治療方針計画書など】
- 補整具の領収書の写し（補整具の購入日、購入品目、個数、購入金額の記載のあるもの）
- 振込先口座が分かるもの（通帳の写し等）
- 印鑑

※補整具を購入後1年以内に申請してください。

● お問合せ・申請先

古座川町役場 健康福祉課 古座川町川口254-1（保健福祉センター内）
電話：0735-67-7112

