

# 日進市がん患者アピアランスケア用品購入費助成事業のご案内

日進市では、がん治療による外見の変化を補うための医療用補整具（医療用ウィッグまたは乳房補整具）購入にかかる経済的負担の軽減を図るため、購入費用の一部を助成します。

## 1 助成の対象者

次の要件すべてに該当する人

- ① 申請時点で日進市の住民基本台帳に記載されている。
- ② がんと診断され、その治療を受けた、または現に受けている。
- ③ がん治療に起因する脱毛または外科的治療等による乳房の変形に対する補整具（下表参照）を  
購入した日の翌日から1年以内である。
- ④ 過去に県内市町村から、同種の補整具について補助を受けていない。

|         |                                                                         |
|---------|-------------------------------------------------------------------------|
| 医療用ウィッグ | がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ（かつら）                                      |
| 乳房補整具   | 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着、補整パッド<br>または人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く） |

## 2 助成額

購入した費用の2分の1（上限2万円、1000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）

## 3 助成回数

医療用ウィッグ・乳房補整具それぞれ各1回



## 4 申請方法

以下の書類を健康課（保健センター）まで提出してください。（郵送可）

### ① 日進市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金申請・請求書

申請書は健康課（保健センター）窓口にあります。ホームページからもダウンロードできます。

### ② がん治療を受けたまたは現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛または外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（お薬手帳、治療方針計画書等）の写し

**ウィッグの場合** 疾患名・対象者氏名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・  
医療機関名が記載されたもの

**乳房補整具の場合** 疾患名・対象者氏名・乳房切除術、医療機関名が記載されたもの

### ③ 補整具の購入に係る領収書（原本）

購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載されたもの

### ④ 振込先金融機関の口座情報がわかるもの（郵送の場合は写しを添付してください。）

書類審査後、助成が決定した場合は交付決定通知書を住民票がある住所に送付し、指定の金融機関の口座に振り込みます。

## 5 申請期限

購入した日の翌日から1年以内

例：令和8年6月3日購入 → 令和9年6月3日が期限

（問い合わせ先）〒470-0131 日進市岩崎町兼場 101-1 日進市健康課（保健センター）

電話：（0561）72-0770 FAX：（0561）74-0244