



令和6年 5月10日

奈良県田原本町

田原本町がん患者のアピアランスケア支援事業の実施について

(目的)

がん患者の方々が地域で安心して生活し、尊厳をもって自分らしく生きることのできる社会の実現のために、がん治療に伴う外見変化を補完する医療用ウィッグ又は乳房補整具を購入した場合の費用の一部を助成することにより、がん患者の治療、社会参加等の両立を支援し、療養生活の質の向上を図ることを目的として、令和6年4月より「がん患者のアピアランスケア支援事業」を実施しています。

(事業の概要) ※詳細については、別紙のとおり

- 助成の対象 医療用ウィッグ及び、乳房補整具
- 助成金額 購入金額の1/2の額（1円未満の端数は切り捨て）
上限は20,000円
- 助成を受けることができる方
 - ・助成金の申請日に田原本町に住民登録のある方
 - ・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
 - ・町税を滞納していない方
 - ・他の法令等による同等の助成等を受けていない方
 - ・令和6年4月1日以降に対象となる補整具を購入し、購入日から1年以内の方

この件に関するお問い合わせ先：健康福祉部健康福祉課保健センター

担当：田中・藤村 TEL 0744-33-8000

町民の皆さんへ「田原本町がん患者のアピアランスケア支援事業」のご案内
令和6年4月

田原本町では、がん治療に伴う外見変化を補完するための医療用ウィッグや乳房補整具を購入したがん患者さんの治療と社会参加等の両立を支援し、療養生活の質の向上を図ることを目的に補整具の購入費用の一部を助成します。

○助成を受けられることができる方

- ・助成金の申請日に田原本町に住民登録のある方
- ・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
- ・町税を滞納していない方
- ・他の法令等による同等の助成等を受けていない方
- ・令和6年4月1日以降に対象となる補整具を購入し、購入日から1年以内の方

○助成の対象と助成金額

	医療用ウィッグ	乳房補整具
対象品目	・全頭用が対象 ・頭皮用保護ネットも対象 (ウィッグと同時に申請してください)	・補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む) ・人工乳房
助成金額	・購入金額の1/2の額 (1円未満の端数は切り捨て) ・上限は20,000円	・購入金額の1/2の額 (1円未満の端数は切り捨て) ・上限は20,000円 補整下着・人工乳房いずれか1回限り
交付回数	・交付回数は1人につき1回限り	・交付回数は1人につき1回限り (両乳房を一度に購入した場合は1回、左右それぞれ購入した場合はそれぞれ1回)

○申請に必要な書類（※印は必要な場合のみ）

- 田原本町がん患者のアピアランス支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- 申請者の本人確認書類
(個人番号カード、運転免許証、身体障害者手帳、療育手帳、健康保険証、住民票など)
- がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等（写し可）
(がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類)
- 対象となる補整具の購入に係る領収書及びその明細書（写し可）
(対象者氏名、購入した年月日、品名及び金額の記載のあるもの)
- 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
- ※助成対象者と申請者が異なる場合の必要書類
 - ① 対象者が未成年で、申請者がその保護者、またはがん治療等により対象者による申請が困難な場合で、当該対象者と同一の世帯に属する場合：代理人の本人確認書類(住所・氏名が確認できるもの)
 - ② 上記①以外の方が代理で申請する場合：委任状(様式第2号)と代理人の本人確認書類(住所・氏名が確認できるもの)

○申請期限 令和6年4月1日以降に購入し、購入日（領収書の発行日）から1年以内

○お問い合わせ ・ 保健センター（田原本町宮古 404-7 TEL 0744(33)8000）
申請窓口 月～金曜日(年末年始除く 8:30～17:15)

* 令和6年9月から保健センターが町役場西側に移転し、上記の電話番号が変更になります。移転後の電話番号は広報等でお知らせします。