

# 小国町がん患者アピアランスケア推進事業

がん治療されている方が学業や仕事等との両立を可能とし、医療後も同様の生活を維持することができるよう、外見の変化を補完する用具（ウィッグや乳房補整具等）の購入費用に対し、購入費の一部を助成します。

**【助成対象者】** 次の1～4をすべて満たす方が対象となります。

- 1、申請日に小国町に住民票がある方
- 2、がんと診断され、がん治療（手術、薬物療法、放射線治療等）を受けた方または現に受けている方
- 3、がん治療に起因する脱毛・乳房の切除に伴い、ウィッグ・乳房補整具等の用具を購入した方
- 4、他自治体で同種の助成等を受けていない方

**【助成対象となる用具】** 令和7年4月1日以降に購入した用具が対象となります。

| 区分     | 助成の対象となる用具                          |
|--------|-------------------------------------|
| ウィッグ等  | ウィッグ（医療用、医療用以外を問わない）、装着用ネット、毛付き帽子など |
| 乳房補整具等 | 補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房（エピテーゼ）など      |

※対象とならないもの：附属品及びケア用品（クリーナー、ブラシ、シャンプー、リンス、スタンド、商品を保管する容器など）、購入のために要した送料及び交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書等に係る費用、サイズ調整、カット代またはセットに係る費用

## 【助成額】

購入費用の2分の1（上限2万円） ※助成は1人につき区分ごとに1回となります。

## 【申請期限】

用具を購入した日の翌日から1年以内

## 【申請に必要なもの】

- 1、小国町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- 2、がん治療を受けたことまたは現に受けていることを証明できる書類の写し  
（診療明細書やお薬手帳など）
- 3、用具購入に係る領収書の写し及び明細書の写し
- 4、振込先の口座が確認できるもの（通帳やキャッシュカードなど）

## 【申請方法】

小国町役場 福祉課へ持参または郵送にて申請してください。

↓

審査後、承認された場合は、小国町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付決定通知書を送付します。助成金は、申請時に記載した口座に振込となります。

【問い合わせ】

小国町役場 福祉課 健康支援係 ☎46-2116