

芦屋市がん患者アピランスサポート事業 (補正具購入助成)のご案内



市ホームページ

薬物療法や放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除など、がん療法による外見（アピランス）変化に対する心理的負担の軽減や、就労等社会参加の促進、療養生活の質の維持向上を図ることを目的とし、医療用ウィッグ等の補正具の購入費用を助成します。(申請期限・所得要件があります。)

1. 対象者（次の要件を全て満たす方）

- ① 申請日時点で、芦屋市に住民票を有している。
- ② がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている。
- ③ 過去に県内市町から対象補正具の購入費用に対する同様の補助を受けていない。
- ④ 別表に規定する所得の要件を満たしている。

別表（所得の要件）

対象補正具を購入した方	前年（1月～5月の申請においては前々年）の所得額
未成年の方 (既婚の場合を除く)	対象補正具を購入した方と生計を一にする親権者全員の所得額の合計が 400万円未満
成年かつ未婚の場合	対象補正具を購入した方の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した方、及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

2. 補助内容・金額

対象になる補正具と助成金額については、下表のとおりです。

対象補正具	要件	助成 上限額
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの (装着時に皮膚を保護するネットを含む) 1人1台に限る	5万円
乳房補正具 (補正下着か人工乳房 のいずれかに限る)	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正下着 (下着とともに使用するパッドを含む)	1万円
	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) 両側乳がんを除き、1人1台に限る ※両側乳がんの場合のみ2台まで助成対象(助成上限は5万円)	5万円

- ・ 補正具の付属品、ケア用品(クリーナー、リンス及びブラシ等)、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外です。
- ・ 購入金額が助成上限額を下回る場合は、購入金額が助成金額となります。
- ・ 助成回数は、対象者1人につき、医療用ウィッグ、乳房補正具、それぞれ1回限りです。

裏面へ続きます

3. 申請書類

① 芦屋市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼請求書

市ホームページよりダウンロードできます。下記保健センター窓口にも設置しています。

※ 押印が必要な箇所と振込先の記載欄があります。申請時に保健センターへ来所される方は印鑑と振込先口座がわかるものをご持参ください。

② がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（写し可）

以下の両方を満たすことがわかる書類を提出してください。

- ◇ がん治療を受けた又は現に受けていること
- ◇ 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もの

③ 対象補正具の購入に係る領収書（写し可）

以下の内容の記載のあるものが必要です。

- ◇ 申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数
- ◇ 医療用ウィッグの場合：医療用であること
乳房補正具の場合：補正下着又は人工乳房であること

④ 「1. 対象者」の別表に記載する所得を証明できる書類（以下のいずれか・写し可）

- ◇ 課税証明書（市民税・県民税（非）課税証明書）
- ◇ 市民税・県民税納税通知書及び課税明細
- ◇ 市民税・県民税特別徴収税額決定・変更通知書
- ※ 源泉徴収では受付できません

⑤ 対象者の住民票の写し

- ◇ 発行から3か月以内のもので、個人番号の記載がないものが必要
- ◇ 対象者が未成年者の場合は、対象者及び生計を一にする親権者全員の住民票の写しが必要
- ◇ 対象者が既婚者である場合は、対象者及びその配偶者の住民票の写しが必要

備考：④、⑤は市が要件確認のために必要な情報を閲覧することに同意される場合、提出不要です。

4. 申請期限

- ◇ 4月1日から12月31日の間に助成対象補正具を購入した場合
購入日の属する年度内（翌年3月31日まで）
- ◇ 1月1日から3月31日の間に助成対象補正具を購入した場合
購入日の翌日から90日以内

5. 申請方法

申請書類一式を、下記保健センターまで郵送又は保健センター窓口へご持参ください。

6. 承認・助成金の振込

申請された書類を診査し、承認（不承認）決定通知を後日送付します。
承認された場合、申請から助成金の振込まで2か月程度かかります。

申請受付・問合せ先： 芦屋市保健センター（健康課）
〒659-0051 芦屋市呉川町14-9 保健福祉センター3階
TEL:0797-31-1666 FAX:0797-31-1018

