

【豊前市アピアランスケア推進事業】

医療用ウィッグなど購入費助成のご案内

豊前市では、がん患者の皆さまの治療に伴う心理的負担を軽減するとともに、社会参加を応援し、療養生活の質がよりよいものになるよう、アピアランスケア推進事業（医療用ウィッグなどの購入費助成）を実施します。がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化を補うため、購入した医療用ウィッグや補整具等の費用の一部を助成します。

1. 助成を受けることができる方（次の項目のすべてに該当する方）

- ・申請時点で豊前市に住民票がある方
- ・がんと診断され、現にがんの治療を受けている、または過去にがん治療を受けた方
- ・世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満である方
- ・県内他自治体から同様の助成を受けたことがない方
- ・市税その他の市に納入すべき金銭の滞納のない方

2. 助成の対象となる用具及び助成金額

区分	対象用具	助成額
医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	上限2万円 左記の用具の購入費の2分の1（千円未満切捨て）
補整具等	補整パッド、補整下着、専用入浴着、弾性着衣（弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ）エピテーゼ（補整用人工物）	上限1万円 左記の用具の購入費の2分の1（千円未満切捨て）

※購入した日の翌日から起算して1年以内の下記に該当する者が対象になります。

3. 申請方法

申請書（豊前市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書）に必要事項を記入して、添付書類を添えて、健康増進係（総合福祉センター内）に提出してください。

《添付書類》

- ・がん治療を受療していることがわかる書類の写し（診療明細書、お薬手帳など）
- ・用具の購入に係る領収書及びその明細書の写し

宛名（助成対象者ご本人）、購入日、購入金額、購入物がすべて記載されているもの

4. 交付決定

市から支給決定通知又は却下決定通知を通知します。

5. 助成金の請求

決定した助成金額を助成金請求書により請求します。（振込口座の通帳の写しを添付）

※補助は対象者1人当たり1回限りです。

《申請窓口・お問合せ》

豊前市 こども・健康課 健康増進係（総合福祉センター内）

TEL：82-8111