



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

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。)

対象者

- ①～④を全て満たす方
- ① 申請日時時点で、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 下表に規定する所得の要件を満たしている。

対象補正具を 購入した方	前年(1月～5月の申請は前々年)の所得額
未成年の方	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
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

補助内容・金額

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)

上限 **5万円**



乳房補正具(補正下着、人工乳房のいずれか)

補正下着

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)

上限 **1万円**

人工乳房

両側乳がんを除き1人1台
※乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く

上限 **5万円**



注意事項

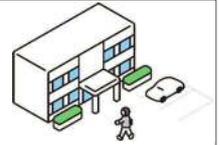
- ・ 補正具の付属品、ケア用品(クリーナー、リンス及びブラシ等)、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外です。
- ・ 購入金額が助成上限額を下回る場合は、購入金額が助成金額となります。
- ・ 助成回数は、対象者1人につき、医療用ウィッグ、乳房補正具、それぞれ1回限りです。

申請受付・問合せ先: 芦屋市こども家庭・保健センター(あしふく) 健康増進担当
〒659-0051 芦屋市呉川町14-9 芦屋市保健福祉センター3階
TEL:0797-31-1666 FAX:0797-31-1018

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

【入手先】

- ◇市ホームページよりダウンロード
- ◇芦屋市こども家庭・保健センター窓口



【注意事項】

- ・振込先の記入欄があります。申請時に来所される方は振込先口座がわかるものをご持参ください。
- ・申請書兼請求書は原則、本人※¹の申請となります。
- ※¹ やむを得ず本人以外が申請する場合は予めご相談ください。

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※²
- ◇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

※² 病名、薬剤名の記載がない場合、申請時に確認させていただく場合があります。



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
- 補正下着・人工乳房の場合：補正下着又は人工乳房であること



場合により必要な書類

	必要な場合	必要書類
④	・前年（1～5月の申請の場合は前々年）1月1日に芦屋市民でない場合	対象者の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） ※ 源泉徴収では受付できません
	・市が市民税課税台帳により必要な情報を確認することに同意されない場合	◇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
⑤	市が住民基本台帳等により必要な情報を確認することに同意されない場合	対象者等の住民票の写しが必要となりますので、事前にこども家庭・保健センターへご相談ください。

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）

申請方法

【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

承認・助成金の振込

申請書類一式を、芦屋市こども家庭・保健センターまで郵送又は窓口へ提出

申請された書類を審査し、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。