

宍粟市がん患者アピアランスサポート事業のお知らせ

宍粟市では、がん治療による外見変貌を補完する補正具の購入費用を助成するため、がん患者アピアランスサポート事業を行っています。

対象者：下記の条件を全て満たす方が対象となります。

- ①申請時に市内に住所を有する方
- ②がんと診断され、その治療を受けた（受けている）方
- ③助成対象補正具を、令和6年4月1日以降に購入された方
- ④他の地方公共団体から補正具の購入費の助成を受けていない方
- ⑤下記の所得要件を満たす方

【所得要件表】

対象者	前年（1～5月の申請の場合は前々年）の所得額
未成年の場合 （既婚の場合を除く）	対象者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（18歳以上） かつ未婚の場合	対象者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

助成対象となる補正具

- (1) 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。）
 - (2) 乳房補正具：外科的治療による乳房の形の変化に対応する下記ア・イに該当するもの
ア 補正下着（下着とともに使用するパッドを含む。）
イ 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。）
- ※医療用ウィッグは1人につき1台、人工乳房は1人につき1台（両側乳がんの治療を受けた方は2台）に限ります。

助成内容：助成対象補正具の区分ごとに、次の金額を上限に購入費用を助成します。

- (1) 医療用ウィッグ 5万円
- (2) 乳房補正具 ア 補正下着 1万円
イ 人工乳房 5万円

※実際に購入に要した費用と上記の金額のいずれか小さい方の額を助成します。

申請手続き：以下の書類を申請窓口へご提出ください。

- ①宍粟市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼振込依頼書（別記様式）
- ②がんの治療を受けたこと、がんの治療に伴う脱毛や外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（診断書、治療方針計画書、がん治療に関する説明書など）
- ③助成対象補正具を購入した際の領収書（原本）
- ④世帯全員の住民票
- ⑤所得証明書

※④、⑤は市でその内容が確認できる方で、市がその情報の確認を実施することに同意いただける場合は、提出を省略することができます。

※申請期限は、補正具購入日の属する年度末日と購入日の翌日から90日を経過した日のいずれか遅い日までとなります。補正具を購入されたら、お早めに申請ください。

申請窓口・お問い合わせ先

〒671-2573 宍粟市山崎町今宿5番地15
宍粟市健康福祉部保健福祉課（宍粟市役所北庁舎3階） TEL：0790-62-1000