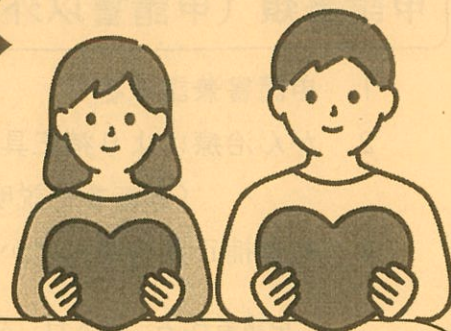


# 三木市 がん患者アピアランス サポート事業

がん治療による外見の変化を受けた方に、医療用ウィッグや乳房補正具の購入費用の一部を補助します。

(薬物療法・放射線治療による脱毛や手術療法による乳房切除など)



## 対象となる条件

- 1 申請日において三木市に住民登録がある
- 2 がんと診断され、治療を受けた又は現在受けている
- 3 対象補正具の購入が令和4年4月1日以降
- 4 過去に他市町等から同種の補助を受けていない

## 所得制限

前年の所得（1月～5月の申請にあつては前々年の所得）が**400万円未満**

未成年：親権者全員の合計所得  
 成年かつ未婚：本人の所得  
 既婚：本人と配偶者との合計所得  
 ※未成年：18歳未満

## 対象になる用具・補助の金額

**令和4年4月1日以降** に購入したものが対象です。

- 医療用ウィッグ（装着時の保護ネット含む）  
または医療用毛付き帽子等

上限 50,000 円

※一人につき1台、1回のみ。

- 乳房補正具（AまたはBのいずれか）

※1回のみ。

A 補正下着（下着とともに使用するパッド含む）

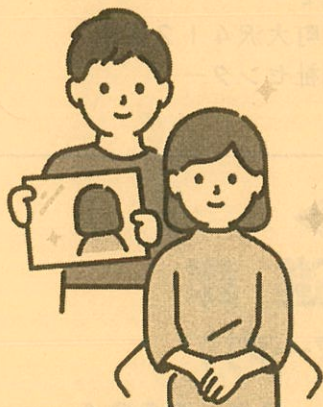
上限 10,000 円

※個数制限なし。

B 人工乳房（体内に埋め込まれたものを除く）

上限 50,000 円

※一人につき1台。ただし両側乳がんの治療

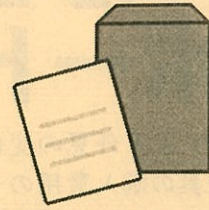


注意

付属品及びケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）、購入のために要した交通費や郵送費等は対象外です。

## 申請書類（申請書以外は写し可）

- 1 申請書兼請求書
- 2 がん治療により補正具が必要となったことを証明する書類  
（診断書や説明書、治療方針計画書 等）
- 3 対象補正具の購入にかかる領収書



申請者氏名、購入日、品目、金額、台数の記載があるもの。  
医療用ウィッグや毛付き帽子などは「医療用」、  
乳房補正具は「補正下着」または「人工乳房」の記載があること。

- 4 申請者名義の振込希望金融機関の通帳等（カナ名義・口座番号が確認できるもの）
- 5 世帯全員の住民票（発行から3か月以内／個人番号（マイナンバー）の記載がないもの）
- 6 前年の所得を証明する書類（1月～5月の申請にあたっては前々年の所得）

◇5・6は、申請書裏面の同意書にて省略が可能な場合があります

## 申請期限

- 4月～12月までの購入 → 翌年の3月31日まで
- 1月～3月までの購入 → 購入日の翌日から 90日以内

## 申請窓口

まずはお電話ください。

手続きの進め方等について説明し、申請書類等をお渡しします。

また担当者等が不在の場合もございますので、窓口に来所される場合は、健康増進課(☎0794-86-0900)まで事前にお電話ください。



### ●提出先

#### ① 健康増進課

〒673-0413

三木市大塚1丁目6番40号  
三木市総合保健福祉センター

または

#### ② 吉川支所 健康福祉課

〒673-1192

三木市吉川町大沢412番地  
吉川健康福祉センター

《 問合せ先 》  
三木市 健康増進課  
（三木市総合保健福祉センター内）

TEL:0794-86-0900 FAX:0794-86-0904