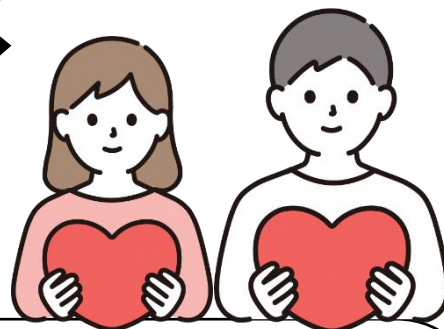


三木市 がん患者アピアランス サポート事業

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今年度中のもの
- 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

今年の4月1日～翌年3月31日(今年度中)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を受けた又は受けている方は2台。



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 がん治療を受けた又は現に受けていること及び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説明書、診断書、治療方針計画書等の写し
- 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

- 今年4月～12月までの購入 → 翌年の3月31日まで
- 翌年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