



笛吹市がん患者アピアランスケア事業のご案内

笛吹市では、がん治療により外見の変化を受けた方に、自分らしい社会生活を送っていただくために、ウィッグや乳房補整下着等補整具の購入費の一部を補助します。

1. 対象となる方 ※以下の①～⑤すべてに該当する方

- ① がんと診断され、その治療を受けた、又は現に受けている方
- ② 申請時に笛吹市内に住民登録がある方
- ③ 令和5年4月1日以降に、がんの治療に起因する外見の変化に対する補整具等を購入した方
- ④ 補助を受けようとする補整具の購入費用について、本制度または他の制度による補助等を受けていない方
- ⑤ 市税の滞納がない方

2. 対象補整具

対象補整具	対象経費 補助上限額	補助金交付の回数
① ウィッグ(部分用ウィッグおよび ヘアエクステンション、頭皮保 護用ネットを含む)・帽子(毛付き のものを含む)	2万円/回	1人あたり1回
② 乳房用補整パッド・下着	2万円/回	1人あたり 左右1回ずつ
③ 人工乳房・乳頭(再建術等で体内 に埋め込まれたものは除く)	10万円/回	1人あたり 左右1回ずつ

※保険適用外に限る。

※付属品およびケア用品(クリーナー、リンスおよびブラシ等)は対象外。

3. 申請に必要な書類

種類	内容
① 申請書	申請者は対象者本人(申請者が後見人となることは可、また対象者が未成年の場合は、申請者は保護者)
② 治療証明	がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等 がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房等の変形を証明する書類に限る
③ 領収書	宛名・購入日・金額・品目・台数入り (購入日が令和5年4月1日以降のもの)
④ 通帳	振込先のわかるもの(申請者が名義人であること、ただし、申請者が後見人の場合は、対象者が名義人となる)
⑤ 本人確認書類	マイナンバーカード・保険証・運転免許証等 ※対象者が申請者と異なる場合は、申請者の本人確認書類も必要

4. 申請期限

対象補整具を購入した日から1年以内

5. 申請・問合せ先

窓口にて申請の場合は、書類等については来所時にコピーをとらせていただきます。

郵送にて申請の場合は、申請書および領収書以外はコピーで構いません。

笛吹市 保健福祉部 健康づくり課 健康企画担当

住所:〒406-0031 笛吹市石和町市部 800 番地

(笛吹市役所 保健福祉館 2階)

電話番号:055-261-5062(直通)

★申請にあたり、別紙の Q&A もご確認ください。