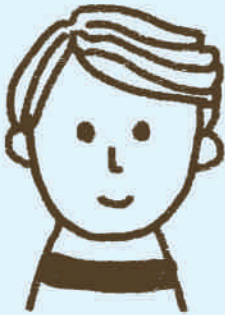


がん患者アピアランスケア用品 購入費等助成金交付制度

町田市では、外見(アピアランス)の変化を伴うがんの治療を受けている方の
ウィッグ・帽子・胸部補整具・エピテーゼの購入費またはレンタル費用の一部を助成します。



助成対象品

ウィッグまたは帽子



全頭用・部分用
(付属品(ネット等)を同時
に購入した場合、付属品
も対象となる場合がある
のでお問合せください。)

胸部補整具



補整下着、補正パッド、人工乳房等
(肌に直接接着させて使うもの)
(付属品(接着剤等)を同時に購入
した場合、付属品も対象となる場
合があるのでお問合せください。)

エピテーゼ(補整用人工物)



がん治療に伴い、欠損し
た部分に装用する補整
用人工物。(義眼等)

対象者 (次のすべてに該当する方)

- 申請日において町田市に住民票がある方
- がんと診断され、その治療を受けたまたは受けている方
- がんの治療に起因する脱毛、乳房の切除等によりアピアランスケア用品を購入またはレンタルした方
- 他の同種の助成金等の交付を受けていない方

助成金額

購入費用またはレンタル費用(税込み)の1/2(100円未満
切り捨て)
※上限3万円

申請期限

助成対象品購入またはレンタル費用を支払った日の翌日
から起算して1年以内

申請回数

申請書1枚あたりの申請個数の制限はありません。
申請できる回数は対象者1人につき2回までです。
※過去にお住まいの地域で受けた助成も含まれます。

申請から助成金交付までの流れ

対象品の購入 またはレンタル

対象品はウィッグ・帽子、胸部補整具・エピテーゼです。
必ず領収書を保管ください。

助成金の申請

下記に記載の「申請に必要な書類」を用意・記入し、町田市保健所健康推進課(市庁舎)へ郵送または窓口で申請してください。

書類審査

不備・不足等がある場合は、返却させていただきますので、ご提出前に確認をお願いいたします。
また、確認が必要な場合、電話で連絡します。平日の日中に、連絡がとれる電話番号をご記入ください。

助成金決定通知

審査において助成対象として認められる場合には、助成金決定通知を郵送します。

助成金の振込

指定の口座に助成金をお振込みします。助成金決定通知から1~2カ月かかります。

申請に必要な書類 ①~⑤をご用意ください。

ご記入いただく書類

※右記、二次元コードからダウンロードできます。



【アピアランスケア用品購入
費等助成金交付制度】

① 交付申請書

(町田市がん患者アピアランスケア用品
購入費等助成金交付申請書)

・金額などお間違いのないようにご記入ください。

② 請求書

(町田市がん患者アピアランスケア用品
購入費等助成金交付請求書)

・住所、氏名(押印)、電話番号と助成対象者の欄をご記載ください。
・助成金交付請求額、助成金交付決定額の欄は空欄で構いません。

③ 債権者(振込口座)登録依頼書

・口座番号などお間違いのないようにご記入ください。
・押印が必要です。

委任状

(※助成対象者以外の方が申請する場合に必要)

・やむを得ない理由で対象者本人が申請できず、申請を委任する場合は提出してください。
・対象者が未成年(18歳未満)で、保護者が申請する場合は必要ありません。
※口座の名義が助成対象者以外の場合は口座の名義人が申請者となります。

添付していただく書類

④ 治療を証明する書類(写)

治療証明書・医療行為同意書・診療明細書・
お薬手帳(抗がん剤名記載ページ)など

【ウィッグ・帽子】

医療機関名、脱毛原因の治療内容(抗がん剤名など)が確認できる書類

【胸部補整具・エピテーゼ】

医療機関名、外科的治療による外見の変化が確認できる書類

⑤ 領収書(原本)

※返却が必要な場合は確認後、返却いたします。

購入又はレンタルした金額の明細①~⑤がわかる領収書

※必ず原本を提出してください。返却が必要な場合は審査後、郵送させていただきます。

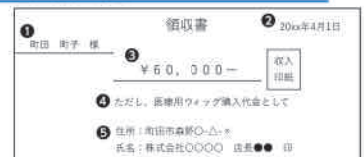
①宛名(申請者または対象者のフルネーム)

②購入日(レンタルした日)

③購入金額(レンタル金額)

④品名(助成対象品であることが分かる記載が必要)

⑤領収書発行者の名称



対象外のものが含まれている場合は、助成対象品の金額がわかる内訳を添付してください。

※様式一式については町田市ホームページからダウンロードできます。詳細は市ホームページに掲載しているQ&Aをご参照ください。



問合せ・提出先

町田市保健所健康推進課成人保健係(市庁舎)

〒194-8520 町田市森野2-2-22 電話：042-725-5178