

町田市がん患者アピアランスケア用品

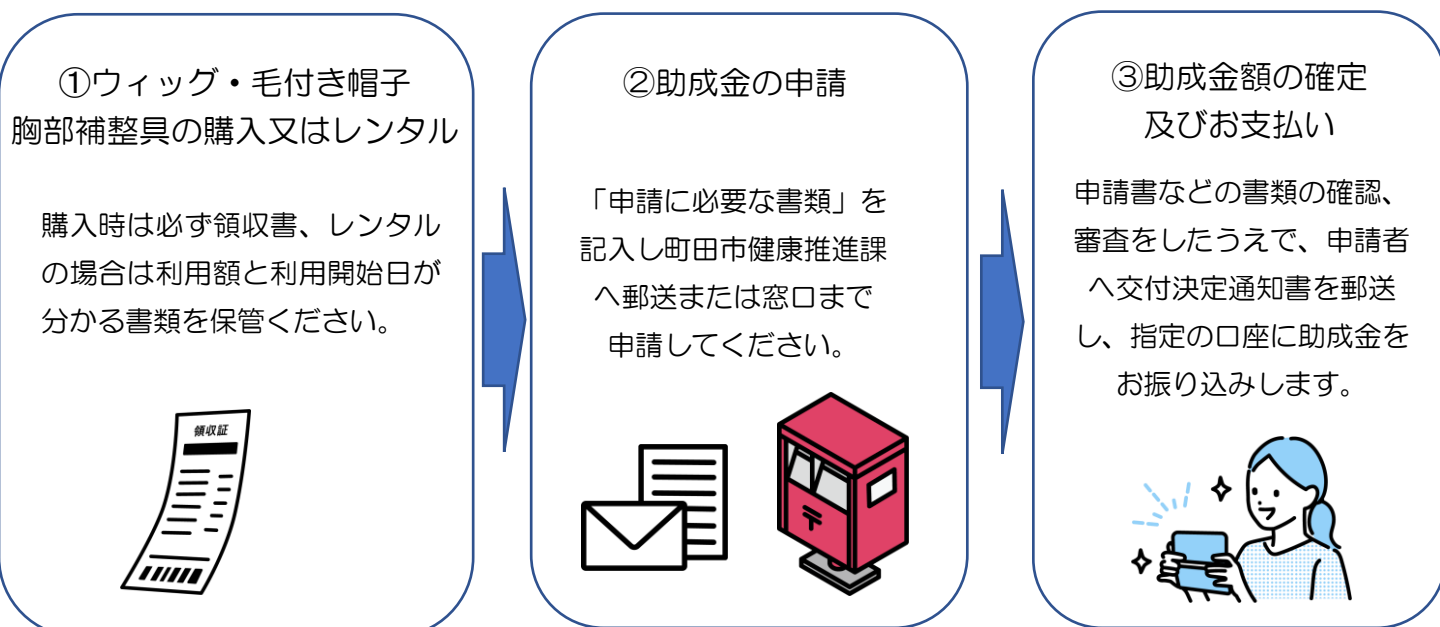


購入費等助成金交付制度のご案内

町田市では、がん患者の方のアピアランスケア支援の取り組みとしてウィッグ・毛付き帽子・胸部補整具の購入又はレンタル費用の一部を助成します。

対象者	以下のすべてに該当する方 <ul style="list-style-type: none">● 申請日において町田市に住所を有する方● 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● がんの治療に起因する脱毛、乳房の切除等により、社会への参加に支障又は支障が出るおそれがあるため、アピアランスケア用品を購入又はレンタルした方● 他の同種の助成金等の交付を受けていない方	
助成対象品	ウィッグ又は毛付き帽子	全頭用・部分用 ※ウィッグと同時申請する場合のみ、頭皮保護用ネットを含みます。
	胸部補整具	補整下着、補整パッド、人工乳房等（肌に直接接着させて使うもの）
助成金額	購入費用又はレンタル費用（税込み）の1/2 （100円未満切り捨て）※上限2万円	
申請期限	助成対象品購入又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 ※ただし、2023年4月1日以降に購入又はレンタルしたものが対象	
助成回数	申請書1枚につき1個の申請ができます。 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】



【申請に必要な書類】

次の書類を町田市健康推進課へ郵送又は窓口まで提出してください。

申請書や請求書などは記入例を見ながらご記入ください。

★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)	<ul style="list-style-type: none">市ホームページからダウンロードできます。金額などお間違いのないようにご記入ください。
★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・毛付き帽子】 医療機関名、脱毛原因の治療内容(病名や抗がん剤名 など)が確認できる書類 【胸部補整具】 医療機関名、外科的治療(乳房切除術)等による乳房 の変形が確認できる書類
★領収書	<ul style="list-style-type: none">宛名(申請者または対象者のフルネーム)、購入日 (レンタルした日)、購入金額(レンタル金額)、 品名、領収書発行者の名称の記載があるものをご用意 ください。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。
★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)	<ul style="list-style-type: none">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。
★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。
★委任状 (助成対象者以外の方が申請する場 合に必要)	<ul style="list-style-type: none">市ホームページからダウンロードできます。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。

※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。

【問合せ先・申込先】

町田市健康推進課成人保健係

〒194-8520 町田市森野2-2-22

電話：042-725-5178



【アピアランスケア用品購入費等助成金交付制度】