

がんの治療で医療用ウィッグや乳房補整具を 購入された方へ

～がん患者のアピアランスケア用品購入費の補助を行います～

【対象】 清須市民の方でがんの治療により、脱毛又は乳房の変形が生じている方で、愛知県内の他の自治体等の補助を受けていない方。

下記の①②ともに1人1回まで。

- 【内容】 ① 医療用ウィッグ（全頭用・部分用。ウィッグと同時に購入する場合のみ頭皮保護ネットも対象。）
② 乳房補整具（補正パッドと下着が一体となった補整下着、補正パッド、肌に直接接着させて使う人工乳房が対象。）

【補助額】 ①②とも購入費用の2分の1
(1,000円未満切り捨て。上限2万円。)

- 【申請書類】 ○がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書
(ホームページからダウンロードできます。)
※ただし、申請書の提出期限は、アピアランスケア用品を購入した日の翌日から起算して1年を経過する日まで。
○がん治療により脱毛や乳房の変形が生じたことを証明する書類（治療方針計画書、同意書などの写し）
○購入日の日付が入った領収書

- 【確認書類】 ○申請に来られる方の本人確認書類
(マイナンバーカードなど)
○振込先のわかる通帳



問合せ 清須市役所 健康推進課
電話 052-400-2911 (代表)