

がんの治療でアピアランスケア用品（医療用ウィッグや乳房補整具、エピテーゼ）を購入された方へ

【対 象】（１）～（４）のすべてに該当するもの

- （１）申請日において清須市に住所を有すること
- （２）がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けていること
- （３）がん治療に起因する脱毛又は外科的治療等による乳房の変形、又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損に対する補装具を購入していること
- （４）過去に県内市町村から、同種の補装具について本事業による補助を受けていないこと

【補助対象品目】

- 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。）
- ③ エピテーゼ
（外科的治療等による顔面（眼、耳等）や手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具（ただし、人工乳房を除く）。）
※エピテーゼは、令和８年４月１日以降に購入されたものに限りです。

【補助額】

- ①、②、③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。）

【補助回数】

１人につき ①、②、③ それぞれ１回限り

【申請書類】

- 清須市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兼請求書
- がん治療により脱毛や乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損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）
- 領収書（申請者名又は購入者名、購入日、購入品、購入金額の内訳、領収書発行名の名称がわかるもの）

【確認資料】

- 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）
- 通帳（振込先が確認できるもの。申請者名義のものを持参してください。）

【申請期限】

補助対象品目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。



問合せ 清須市役所 健康推進課
電 話 ０５２－４００－２９７１