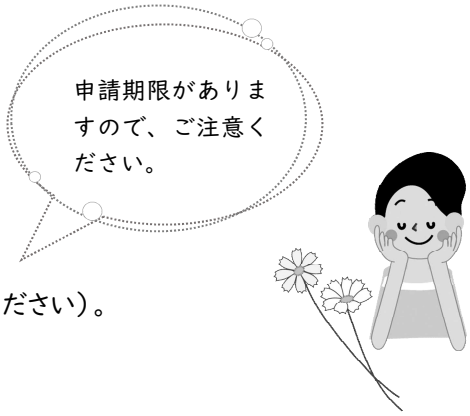
伊丹市がん患者アピアランスサポート事業のご案内

がん患者の皆さまの心理的負担の軽減や、就労等社会参加の促進、療養生活の質の維持向上を図ることを目的に、医療用ウィッグ等の補正具の購入費用を補助します。



1. 補助を受けることができる方

補助の対象となる方は、次の項目すべてに該当する方です。

・申請日時点で、伊丹市に住所がある。
・がんと診断され、その治療を受けた、または現に受けている。
・対象の補正具を申請期限内に購入した（4. 申請期限をご確認ください）。
・別表に規定する所得の要件を満たす。
・過去に県内市町から対象補正具と同様の助成を受けていない。

別表

対象補正具を購入した方		所得の要件（前年（1 月～5 月の申請にあっては前々年）の所得額）
未成年の方		対象補正具を購入した方と生計を一にする親権者全員の所得額の合計が 400 万円未満
成年の方	未婚の場合	対象補正具を購入した方の所得額が 400 万円未満
	既婚の場合	対象補正具を購入した方、及びその配偶者の所得額の合計が 400 万円未満

2. 補助内容・金額

（1） 対象になる補正具と補助金額については、以下の表のとおりです。

対象補正具	要　件	補助上限額
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの（装着時に皮膚を保護するネットを含む） 1 人 1 台に限る	5 万円
乳房補正具 （補正下着か人工乳房のいずれかに限る）	外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補正下着（下着とともに使用するパッドを含む）	1 万円
	人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く） 両側乳がんを除き、1 人 1 台に限る	5 万円

・補正具の付属品、ケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）、購入のために要した交通費、郵送費などは、対象外です。
・購入金額が補助金額を下回る場合は、購入金額が補助金額となります。

（2） 補助回数

対象者 1 人につき、医療用ウィッグ、乳房補正具、それぞれ 1 回限りです。

裏面へ

3.　申請書類

①　伊丹市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

補助対象者と口座名義人が異なる場合には申請書類の提出前に下記のお問い合わせ先までご連絡ください

②　がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（写し可）

がん治療を受けた又は現に受けていること、及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類

③　対象補正具の購入に係る領収書（原本。確認後、返却します）

申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの

④　表面の「1．補助を受けることができる方」の別表に記載する所得を証明できる書類（写し可）

⑤　対象者（対象者が未成年の場合は、対象者及び生計を一にする親権者全員、対象者が既婚者である場合は、対象者及びその配偶者）の住民票の写し

発行から３か月以内のもので、個人番号の記載がないもの

⑥　振込先のわかるもの（郵送の場合は写しを同封）

※④⑤については、市が要件確認のために必要な情報を閲覧することに同意される場合は、提出不要です。

4.　申請期限

4月1日から12月31日の間に補助対象補正具を購入した場合

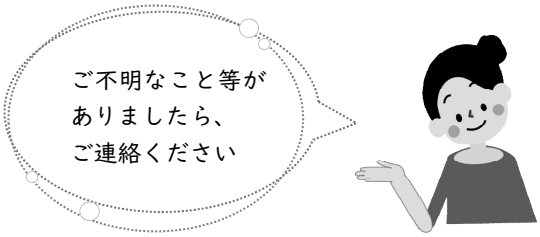
購入日の属する年度末まで（3月31日まで）に申請してください。

1月1日から3月31日の間に補助対象補正具を購入した場合

購入日の翌日から90日以内に申請してください。

5.　申請方法

申請書類一式を、伊丹市健康政策課（伊丹市立保健センター）健診・健康づくり担当まで、郵送またはご持参ください。



《 お問合せ先 》
伊丹市立保健センター　健診・健康づくり担当
住所　664-0898 伊丹市千僧1－1－1
TEL　072－784－8080
E-mail　kenkoseisaku@city.itami.lg.jp