

豊中市 がん患者のためのアピランスケア助成事業



豊中市では、がん治療による外見の変化を受けた方に、
以前と変わらない自分らしい社会生活を送っていただくため、
補整具の購入(レンタル)費用の一部を助成します！

購入またはレンタルした日
から1年以内に
申請したものが対象です

助成を受けられる方

助成の対象となる方は、次の項目すべてを満たす方

- ①がんと診断され、がん治療を受けた、又は現在治療を受けている人
- ②申請日かつ、対象補整具の購入(レンタル)した日に、豊中市に住民票を有する人
- ③過去に豊中市において同じ補整具での助成を受けていないこと

対象になる補整具と助成金額 ※それぞれ申請可

①ウィッグ

毛付き帽子、帽子、装着時の保護ネットも対象
その他の付属品やウィッグのケア用品は対象外

上限 20,000 円(1回限り)

※上限額に満たない場合は、
実際に購入(レンタル)した金額となります。

②乳房補整具

補整下着(パッドを含む)・人工乳房(乳房再建術によって
て体内に埋め込まれたものを除く)

上限 各20,000 円(左右毎1回限り)

※上限額に満たない場合は、
実際に購入(レンタル)した金額となります。
※左右の乳房切除毎に、1回に限り助成

申請書類

※申請から振込まで約2ヶ月かかります

申請に必要な書類

申請書	保健所窓口や市ホームページにあります
治療を証明する書類(コピー可)	がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等。
【ウィッグ】 ①と②が必要	①がんの診断名がわかる書類 (診断書、入院診療計画書など)
【乳房補整具】 ①と③が必要	②抗がん剤使用等の治療がわかる書類(お薬手帳可) ③外科的治療による乳房摘出術と部位がわかる書類 (手術同意書など)
対象補整具の購入(レンタル)にかかる領収書(コピー可) ※①～⑤が全て記載されていること	①申請者名または助成対象者名 ②購入(レンタル)日 ③購入(レンタル)品目 ④購入(レンタル)金額(送料及びポイントやクーポンによる割引を差し引いた金額) ⑤領収書発行元
助成金を受け取る口座確認書類(コピー可)	振込先の金融機関、カ名義及び口座番号が確認できるもの ・通帳のコピー(表紙をめくった1ページ目)やキャッシュカードのコピー
委任状	助成対象者と申請者が違う場合

申請方法

申請書類を下記申請先まで、
窓口来所か郵送(特定記録等)
でご提出ください

保健所内でのコピーはできませんので
来所の際は必要書類をコピーして
お持ちください

市ホームページは
こちらです→→



申請先・お問い合わせ先

〒561-0881
豊中市中桜塚4丁目11番1号

豊中市保健所 健康推進課
アピランスケア助成事業担当

電話 : 06-6858-2291
FAX : 06-6152-7328