

豊中市がん患者のためのアピア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

助成を受けることができる方

助成の対象となる方は、がん治療に起因する抗がん剤治療等の副作用による脱毛又は、乳房切除したことに伴い、補整具を購入（レンタル）した方で、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方
- 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方
- 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体内に埋め込まれたものを除く）

上限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。

※ 左と右の乳房切除毎に、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）	【ウィッグ】	【乳房補整具】
	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がんの診断名がわかる書類（診断書、入院診療計画書など） ②抗がん剤使用等の治療がわかる書類（お薬手帳可）	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） ②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）
	助成金を受け取る口座確認書類（コピー可）	①申請者名または助成対象者の氏名（フルネーム） 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	
	委任状	振込先の金融機関、カナ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 助成対象者と申請者が違う場合・助成対象者と口座名義人が違う場合	

申請方法

申請書類を下記申請先まで、電子申請、窓口来所または郵送（特定記録等）にてご提出ください。
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→



電子申込システムは
こちらです→



申請先・お問合せ先

豊中市健康医療部健康推進課
けんしん係（豊中市保健所2階）
〒561-0881
豊中市中桜塚4丁目11番1号
電話：06-6858-2291