

会 見 年 月 日	令和3年4月21日（水）
担 当 課	保健センター
問い合わせ先	電話番号：0791-46-8701 FAX 番号：0791-46-8705 (担当者名：日笠)

## がん患者医療用補整具購入費助成事業の実施について

### 1. 趣 旨

がん患者の治療と社会参加などの両立支援、療養生活の質の維持向上及び経済的負担の軽減を目的に、医療用補整具（医療用ウィッグ・乳房補整具）の購入費用の一部を助成します。

### 2. 内 容

#### (1) 助成対象者

次の①～④のすべてに該当する人

- ① 申請日において、赤穂市に住民登録があり、がんと診断され、その治療を受けた又は現在受けている人
- ② 令和3年4月1日以降に助成対象補整具を購入した人
- ③ 前年の総所得額が400万円未満の人
  - ※20歳未満の場合（既婚者を除く）は、助成対象補整具を購入した人と生計を一にする親権者全員の総所得額の合計が400万円未満
  - ※20歳以上かつ未婚の場合、助成対象補整具を購入した人の総所得額が400万円未満
  - ※既婚の場合は、助成対象補整具を購入した人及びその配偶者の総所得額の合計が400万円未満
- ④ 過去に兵庫県内の他市町から同種の助成を受けていない人

#### (2) 助成対象補整具及び助成上限額

区分		要件	助成上限額
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
乳房補整具	補整下着	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整下着（下着とともに使用するパッドを含む）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）のいずれか。なお、人工乳房については、両側乳がんを除き、1人1台に限る。	1万円
	人工乳房		5万円

※付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）は対象外

#### (3) 申請期限

助成対象補整具を購入してから3か月以内