



栗東市アピアランスサポート 補助のご案内



栗東市では、がん患者の方が就労など社会参加が継続でき、療養生活の質がよりよいものになるようがん治療に伴う外見（アピアランス）の変化の悩みに対し、医療用等ウィッグ・帽子と乳房補整用具の購入費用の一部を補助します。

補助を受けることのできる方

下記の①～④の全てに該当する方

- ① 申請日時点で、1年以上栗東市に住民票がある方
- ② がんと診断され、その治療を行っている、又は治療を行った方
- ③ 抗がん剤治療に伴う脱毛、又は手術により乳房切除を行った方
- ④ 本事業と同様の補助等を受けていない方

補助の対象

補助の対象となるのは、1年以内に購入した下記の補整用具です。

(ただし、令和3年4月1日以降の購入品が対象となります。)

- ①医療用等ウィッグ・帽子
- ②乳房補整具（右）
- ③乳房補整具（左）

※本体価格に含まれない付属品やウィッグ・帽子、乳房補整具のケア用品、手作り材料費は対象となりません。

補助金額

- ①医療用等ウィッグ・帽子
- ②乳房補整具（右）
- ③乳房補整具（左）

それぞれにつき 上限10,000円

○補助金の交付は、補整用具1種類につき1回限りです。

○購入額が10,000円に満たない場合は、実際に購入した額。ただし、1,000円未満の端数がある場合は、端数を切り捨てた額。

○10,000円までであれば、複数の補整用具の購入費を合算できます。

(例えば、医療用等ウィッグ5,000円を2個 合計：10,000円など)

申請期限

○令和4年3月31日以前に購入した補整用具⇒購入から1年以内

○令和4年4月1日以降に購入した補整用具⇒令和5年3月31日まで

申請に必要な書類、問い合わせ等については
裏面をご確認ください♪



申請に必要な書類等

- 栗東市がん患者のアピアランスサポート補助金交付申請書兼請求書
 - 医療用等ウィッグ・帽子、乳房補整用具を購入したことがわかる申請者名義の領収書の写し
 - 脱毛の副作用がある抗がん剤による治療を証明する書類*の写し
 - がん治療に伴い乳房を切除したことを証明する書類*の写し
 - 通帳の写し、印鑑
 - 委任状（申請者本人による申請が難しい場合）
- ※お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書、入院診療計画書 等

申請する補整用具の種類に応じて

申請書・委任状は、健康増進課窓口・市ホームページにあります。
必要書類等についてご不明点ありましたら、下記の間い合わせ先へ相談ください。

【申請にあたりご注意ください】

- 「領収書」に、①購入日 ②申請者の氏名 ③品目が記入されているかをご確認ください。

(例)

領 収 書

①〇〇年〇〇月〇〇日

② 〇〇 〇〇 様

金額 △△△△△ 円

上記正に領収しました。
但し、③ウィッグ代として

株式会社 ○○

領 収 書

①〇〇年〇〇月〇〇日

金額 △△△△△ 円

上記正に領収しました。

株式会社 ○○

間い合わせ先

栗東市役所 健康福祉部 健康増進課

〒520-3015 栗東市安養寺190番地

電話：077-554-6100

FAX：077-554-6101

