

南木曾町がん患者へのアピアランスケア助成事業について

がん患者の皆様の就労や社会参加等を支援し、療養生活の質の向上をはかるため、令和5年4月1日以降に購入した医療用ウィッグや補整具等の購入費用の一部を助成します。

《アピアランスケアとは》

医学的・整容的・心理的支援を用い、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア（国立がんセンター中央病院定義）

【対象となる方】

次のすべてに当てはまる方

1. がんと診断され、がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた者又は現に受けている者
2. 申請時に南木曾町に住所を有する者
3. 助成金の申請をする補整具について、長野県以外の県及び他の市町村（県内外問わず）の助成を受けていない

【助成の対象となる補整具及び助成回数】

区分	助成対象補整具	助成回数
頭髪補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房	右房、左房毎に1回
その他	エピテーゼ（補整用人工物）	1回

※対象とならないもの

付属品及びケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）、購入のために要した交通費及び郵送費等。

【助成額】

助成の対象となる補整具の区分ごとに購入費の2分の1（千円未満切り捨て）各区分上限30,000円

【申請方法】

対象者本人が申請してください。対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

【申請書類】

1. 南木曾町がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
2. 町内に住所があることが確認できる書類又は本人確認書類
マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、健康保険証等
3. がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類
診断書、診療（入院）計画書、診療説明書、その他の書類
4. 補整具の購入に係る領収書及び明細書
購入日、購入金額、金額内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、購入した補整具等の品名（ウィッグ、乳房補正パッド等）の記載があるもの
5. 通帳の写し（振込先が確認できるもの）

【申請期間】

助成の対象となる補整具等を購入した日が属する年度の3月末日まで

※ただし、治療や症状の悪化などのやむを得ない事業により、当該年度内に申請できない場合には、購入日の翌年度3月末日まで申請を受け付けます。

【提出・問い合わせ先】

南木曾町役場 住民課 健康しあわせ係
電話 0264-57-2001