アピアランスケア支援事業補助金

ウィッグ・乳房補正具の購入費用の一部助成について

北名古屋市では、がん治療による脱毛や乳がん治療による乳房の変形に伴いウィッグや乳房補正具を購入された方に対し、購入費用の一部を補助しています。

対象者　次の全てに該当する方

◆北名古屋市に住民票のある方

◆がんと診断され、その治療を受けたまたは治療中の方

◆がん治療に起因する脱毛に対するウィッグまたは外科的治療などによる乳房の変形に対する乳房補正具を購入した方

◆過去に同種の補正具で本市または愛知県内の他市町村が実施する助成を受けていない方

対象品

①ウィッグ（全頭用、部分用）

ウィッグと同時申請の場合に限り、頭皮保護用ネットも対象となります。

※毛付き帽子、付属品およびケア用品は対象外です。

②乳房補整具（補正下着、補整パッドまたは人工乳房）

※乳房再建術などにより、体内に埋め込まれた人工乳房は対象外です。また、パットのない補正下着のみの申請はできません。

補助金額　**購入費用（税込み）の２分の１以内（対商品①②各上限2万円）**

※１，０００円未満は切り捨て

※購入時に各種ポイント（楽天ポイント、ｄポイント、Pontaポイントなど）を利用された場合は、ポイント利用分は補助対象外となります。

申請の流れ

1 対象商品の購入

※必ず領収書を保管してください。

2 補助金の申請

必要書類を添えて、保健センターの窓口へお越しください。

3 交付決定通知

審査完了後、交付決定通知書(または不承認決定通知書)を送付します。

4 補助金の振込

申請から1か月程度でご指定の口座に補助金をお振込みします。

- **補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。**
- **補助回数は、1人につき対象品(ウィッグ/乳房補正具)各1回限りとなります。複数個購入される場合は、まとめて申請してください。**

必要書類・持ち物

1.がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書兼請求書(第１号様式)

※申請書兼請求書は保健センターの窓口にもご用意しておりますが、ホームページからもダウンロードできます。

2.がん治療に関する証明書(診療明細書、治療方針計画書、同意書など)

※補助対象者の氏名、医療機関名が記載されたもので、補助対象品の購入に至る要因となる治療(抗がん剤治療など)を受けたことを証明するもの。

3.対象商品購入時の領収書（購入品の詳細が記載されたもの）

※補助対象者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。

4.振込先の預(貯)金通帳またはキャッシュカード

申請期限

補助対象品を購入した翌日から１年以内に、北名古屋市保健センター(健康ドーム内)の窓口に申請してください。

《受付時間》 午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日・年末年始休み)

令和9年1月4日から開庁時間を変更します
午前9時～午後4時（窓口・電話の受付時間）
対象施設：市役所東西庁舎、保健センター

【問合せ先】 北名古屋市保健センター
TEL:0568-23-4000　FAX:0568-23-0501