

東郷町がん患者アピランスケア用品購入費補助事業のご案内

東郷町では、がん治療による外見の変化を補うための医療用補整具（医療用ウィッグ、乳房補整具又はエピテーゼ）購入にかかる経済的負担の軽減を図るため、購入費用の一部を補助します。

1 補助の対象者

申請時点で東郷町に住所を有する、次の要件すべてに該当する人

- ①がんと診断され、その治療を受けた、または現に受けている。
- ②がん治療に起因する脱毛または外科的治療等による乳房の変形、顔面や手指等の欠損に対する補整具（下表参照）を購入しており、かつ購入した日の翌日から1年以内である。
※エピテーゼの場合は、令和8年4月1日以降に購入したものに限り。

- ③過去に愛知県内の他市町村から、同種の補整具について補助を受けていない。

医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ（かつら）
乳房補整具	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、補正パッドまたは人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）
エピテーゼ	外科的治療等による顔面（眼、耳等）や手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具（ただし、人工乳房を除く）

2 補助額

購入した費用の2分の1（上限2万円、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）

3 補助回数

医療用ウィッグ、乳房補整具、エピテーゼそれぞれ各1回

4 申請方法

以下の書類を成人保健推進室まで提出してください。

① 東郷町がん患者アピランスケア用品購入費補助金交付申請書・請求書

申請書は成人保健推進室窓口にあります。ホームページからもダウンロードできます。

② 通帳のコピーなど振込口座が確認できる書類

③ がん治療を受けたまたは現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛または外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（お薬手帳、治療方針等計画書等）の写し

ウィッグの場合	対象者氏名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されたもの
乳房補整具・エピテーゼの場合	対象者氏名・外科的治療（乳房切除術等）・医療機関名が記載されたもの

④ 補整具の購入に係る領収書（原本）

書類審査後、補助が決定した場合は交付決定通知書を住民票がある住所に送付し、指定の金融機関の口座に振り込みます。

5 申請期限

購入した日の翌日から1年以内

（問い合わせ先） 暮らし健康部 成人保健推進室 0561-56-0758（直通）

