

# 甲州市

## アピアランスケア助成事業のご案内

甲州市では、がん治療を受けた方の精神的・経済的負担や社会的生活上の不安を和らげるため、ウィッグや乳房補正具の費用の一部を助成します。

### 対象者

右記の①～⑤の  
全てに該当する方

- ①申請日において、甲州市に住民登録がある方
- ②がんの治療を受けた又は現に受けている方
- ③令和5年4月1日以降に、医療用補正具を購入した方
- ④助成金の交付を受けようとする医療用補正具について、他の制度による助成等を受けていない方
- ⑤市税等に滞納が無い方

### 助成対象品

- ①医療用ウィッグ（ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子）
- ②乳房補整パッド、補整下着
- ③人工乳房

### 申請期限

助成対象品を購入した日の翌日から1年以内  
※令和5年4月1日以降に購入したものに限りです。

### 助成金額

- |                             |        |
|-----------------------------|--------|
| ①医療用ウィッグ（ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子） | 上限2万円  |
| ②乳房補整パッド、補整下着               | 上限2万円  |
| ③人工乳房                       | 上限10万円 |
- ※上限に満たない場合は購入金額を上限とします。

### 助成回数

1人につき1回限り  
※②、③は左右ごとに1回ずつ。

### 提出書類

- ①甲州市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書（様式第1号）
- ②がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明することがわかる書類（がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等）
- ③医療補正具を購入したことがわかる書類（購入した者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載があるものに限る。）

### 提出先 問い合わせ

甲州市役所 本庁舎 1階 健康増進課  
TEL 0553-32-5014



🔍 甲州市がん患者アピアランスケア

詳細や申請書のダウンロードは二次元コードを読み込んでください。

