

豊中市 がん患者のためのアピランスケア助成事業



豊中市では、がん治療による外見の変化を受けた方に、
以前と変わらない自分らしい社会生活を送っていただくため、
補整具の購入費用の一部を助成します！

2022年4/1より
(申請受付6/1より)

助成を受けられることができる方

助成の対象となる方は、次の項目すべてを満たす方

- ①がんと診断され、がん治療を受けた、又は現在治療を受けている人
- ②申請日かつ、対象補整具の購入日に、豊中市に住民票を有する人
- ③過去に豊中市において同じ補整具での助成を受けていないこと

対象になる補整具と助成金額 ※それぞれ申請可

①ウイッグ

毛付き帽子、帽子、装着時の保護ネットも
対象

上限20,000円(1回限り)

※上限額に満たない場合は、実際に購入した
金額となります

②乳房補整具

補整下着(パッドを含む)・人工乳房(乳房
再建術を除く)

上限20,000円(左右毎1回限り)

※上限額に満たない場合は、実際に購入した
金額となります
※左と右の乳がん毎に、1回に限り助成

申請書類

令和4年(2022年)4月1日以降に購入したものが対象です

- ① 申請書 窓口や市ホームページにあります
- ② 助成対象者の、がん治療に関する説明書や診断書、
治療方針計画書など。1)2)がわかる書類。写し可。
1)がん治療を受けた、又は現に治療を受けていること
2)ウイッグは抗がん剤使用等の治療がわかる書類(お薬手帳も可)
乳房補整具は外科的治療による乳房摘出術と部位がわかる書類
- ③ 対象補整具の購入にかかる領収書。写し可。
・申請者名または助成対象者名、購入日、品目、購入金額、領収書
発行元がわかるもの。ウイッグは「ウイッグ」や「帽子」、乳房補整具
は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。
- ④ 申請者名義の、助成金振り込み先の金融機関、カナ
名義及び口座番号が確認できるものの写し。
・振込先通帳や、キャッシュカードのコピー
- ⑤ 委任状 助成対象者と申請者が違う場合。

申請方法

申請期限:購入日から1年以内
申請書類を下記申請先まで、
窓口来所か郵送(特定記録等)
でご提出ください

市ホームページは
こちらです → → →



申請先・お問い合わせ先

〒561-0881
豊中市中桜塚4丁目11番1号
豊中市保健所 健康政策課
アピランスケア助成事業担当
電話 : 06-6152-7309
FAX : 06-6152-7328