

対象者をがん以外の患者さんにも拡大しました！

医療用補正具の購入費を助成します！

～外見変化に伴う患者さんをアピアランスケアで応援～

近年医療技術の進歩により、がん治療等をしながら社会生活を送ることができるようになってきています。燕市ではアピアランスケア^(※)の方法の一つとして、傷病等による治療をしている方の外見が変化しても自分らしく生活できるように応援します。

令和 8 年度からはがん以外の傷病により脱毛を伴う方も対象者に加わります。

※アピアランスケア：医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因する患者の苦痛を軽減するケア

対象者

右記のすべてに
当てはまる方

- がん治療による脱毛や乳房切除又はがん以外の傷病による脱毛(加齢によるものは除く)に伴う補正具の購入日および申請日において燕市内に住所がある方
- がん又はがん以外の傷病による脱毛と診断され治療を受けているまたは、受けた方で補正具が必要な方
- 他の自治体等から同種の助成を受けていない方

補正具の種類と助成額

	区分	要件	助成額 (上限)	助成 割合
①	医療用ウィッグ	1人1台 (毛付き帽子、装着時に皮膚を保護するネットも含む)	3万円	全額
	乳房補正具 (乳房補正下着とパット、人工乳房)	1人左右1つずつ	3万円	
②	2年以内に2台目購入した補正具		1万5千円	1/2

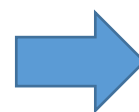
※1人につきそれぞれの医療用補正具に対し、①②各1回まで助成。

申請方法

- がん治療の申請：R5.4.1以降に購入したものが対象
- がん以外の治療の申請：R8.4.1以降に購入したものが対象
- 申請書類等は裏面をご覧ください。
- 購入後、おおむね1年以内に申請ください。

申請書類	
① 燕市がん患者等医療用補正具購入費補助金交付申請書	市で作成した書式をお使いください。健康づくり課窓口か、市のホームページからダウンロードできます。
② がん治療による脱毛または乳房切除又は、がん以外の傷病による脱毛やその恐れがあることを証明する書類 (診療明細書、治療の同意書、治療方針計画書等)	※不明な場合は医療機関で証明書類を作成していただいでください。書式は問いませんが、必要であれば市で作成した書式をお使いください。健康づくり課窓口か、市のホームページからダウンロードできます。医療機関によっては文書料が必要となります。
③ 領収書等のコピー	補正具の種類、購入者、購入日、購入費、領収書発行者の名称・住所が確認できる書類
④ 商品カタログ等購入した補正具が確認できるもの	カタログ等が無い場合は購入された補正具の写真が必要となります。
請求書類	
⑤ 燕市がん患者等医療用補正具購入費補助金交付請求書	市で作成した書式をお使いください。健康づくり課窓口か、市のホームページからダウンロードできます。
⑥ 振込口座の通帳又は写し	申請者本人の振込口座でない場合は対象者の委任状が必要です。

申請書類等はこちらからダウンロードできます。



申請窓口・問合せ先

燕市役所 健康福祉部健康づくり課

13・14 番窓口 電話 0256-77-8182