

令和8年度

駒ヶ根市がん患者へのアピランスケア補助申請について

<目的>

がん治療に伴い医療用補整具(以下「補整具」という。)を購入した方に、その購入費用の一部を補助することにより、がん患者の就労や社会参加の促進等、療養生活の質の維持向上に寄与することを目的として補助金交付事業を実施します。

1、対象者

下記のいずれにも該当する方

- (1) 補助金の交付の対象となる補整具(以下「補助対象補整具」という。)の交付申請日に駒ヶ根市内に住所を有する方
- (2) がんと診断され、手術、薬物治療、放射線療法等(以下「がん治療」という。)を受けた方又は現に受けている方

2、補助対象となる補整具と補助回数(補助対象者1人当たり)

◎令和8年度申請対象となる補整具：令和8年3月～令和9年2月末日までに購入した物

区分	補助対象補整具	補助回数
1 頭髪補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	1回
2 乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房	右房、左房ごとに1回
3 その他	エピテーゼ(補整用人工物)	1回

※対象外となるもの

- (1) 附属品並びにケア用品(クリーナー、リンス及びブラシ等)
- (2) 購入のために要した交通費及び郵送費、振込手数料等
- (3) 国又は他の地方公共団体が補助の対象としたもの

3、補助の内容

- (1) 上記区分ごと、20,000円を限度とし、補助対象経費に2分の1を乗じた金額(その額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額)とします。
- (2) 対象者1人につき、区分ごと生涯1回の補助となります。
(過去に国又は他の地方公共団体から補助を受けていない区分が対象です)

4、申請手続きについて

購入を考え始めたときに、市へご相談ください。

(1) 市へ申請

【申請期限】

令和8年4月1日（水） ～ 令和9年3月15日（月）

【申請者となる方】

対象者本人（対象者が未成年である場合は、その法定代理人）

【申請に必要な書類等】

- ① 駒ヶ根市がん患者へのアピアランスケア補助金交付申請書兼実績報告書兼請求書
（様式第1号）
 - ・申請者、対象者、振込先の口座名義は同一者であること
- ② 市内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類…免許証など
- ③ がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類
- ④ 補助対象補整具の購入に係る領収書の写しとその明細書の写し
 - ・購入日が令和8年3月1日以降であるもの
 - ・宛名が申請者の氏名になっている
 - ・補整具等の品名（ウィッグ、乳房補整パッド 等）の記載のあるもの
- ⑤印鑑
- ⑥補助金振り込み先口座の通帳またはキャッシュカード

【確認事項】

過去に国又は他の地方公共団体から補助を受けていないか確認します

(2) 補助決定について

申請受付後、市で補助金の交付の可否を決定し、文書にて申請者へ通知します。

交付の場合は、指定の振込先口座へ補助金を支給します。

5、その他

(1) 令和9年3月に購入した補整具の申請は、令和9年度の申請分（令和9年4月～令和10年2月）で申請を行ってください。

(2) 交付決定の取消し・補助金返還がある場合

市は、交付決定を受けた者が、偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたと認めるときは、交付決定の全部又は一部を取り消し、文書により申請者へ通知します。既に当該取消しに係る部分について補助金が交付されているときは、その全部又は一部の返還を求めます。

問合せ先

駒ヶ根市役所 地域保健課 健康推進係
電話 0265-83-2111 内線 331