

阿南市がん患者医療用補正具助成事業

阿南市では、令和 7 年4月1日から、がん罹患された方の治療と就学・就労など社会参加の両立を支援し、よりよい療養生活となるように、がん治療による外見の変化の悩みを抱えている方に対しウィッグなどの購入費用の一部を助成します。

助成の対象となる方

次の①～⑤の要件をすべて満たす方です。

- ① 申請時点で阿南市内に在住し、阿南市の住民基本台帳に登録されている方
- ② がんと診断され、申請時において治療中又は過去に治療を受けたことがある方
- ③ がん治療に起因する脱毛又は乳房を切除したことに伴い、補正具を令和 7 年4月1日以降に購入した方
- ④ 申請を行う補正具に対して、過去に他の自治体を実施する補正具購入にかかる同様の助成を受けていない方
- ⑤ 市税及び市へ納付すべき保険料などの滞納がないこと。

対象となる補正具と助成金額

対象者 1 人につき、それぞれの区分ごとに 1 回を限度とします。個数制限はありません。

助成金額は購入費用(消費税を含む)の2分の1(千円未満の端数は切り捨て)を助成します。

対象補正具	要 件	上限額	備考
医療用ウィッグ等	がん治療に伴う脱毛に対応するために、一時的に装着するウィッグ(装着時に皮膚を保護するネットを含む)	2 万円	※令和 7 年4月 1 日以降に購入したものに限り
乳房補正具	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正下着(下着とともに使用するパッド(シリコン製を含む))、人工乳房(直接肌に張り付けて使用するもの、ただし乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。)	2 万円	

申請書類

購入日から1年以内に申請してください。(1年を過ぎた場合は対象外となります)

提 出 書 類	注 意 事 項
阿南市がん患者医療用補正具助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)	助成対象者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となります
申請者の本人確認書類	マイナンバーカード、運転免許証、資格確認書など
がん治療を証明する書類(写し)	がん治療に関する説明書、治療方針計画書、入院診療計画書など
補正具の購入にかかる領収書(写し)	購入者氏名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの
申請者の振込口座番号が確認できるもの(写し)	通帳又はキャッシュカード

お問い合わせ

阿南市保健福祉部保健センター Tel:0884-22-1590