

池田町がん患者へのアピランスケア助成金について

池田町では、がん患者の方の就労、社会参加等の支援を目的として、がんの治療に伴う外見の変容を補うためのウィッグ等の補装具を購入した方に対し、購入費用の一部を助成します。

【助成対象者】

次のいずれにも該当する方

- ①令和5年4月1日以降に助成の対象となる補装具を購入された方
- ②補装具の助成を申請する日に池田町に住所を有する方
- ③がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を過去に受けた方、または現在受けている方

【助成の対象となる補装具と助成回数】

区分	助成対象補装具	助成回数 (1人につき)
頭髮補装具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	1回
乳房補装具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房	右房1回 左房1回
その他補装具	エピテーゼ（補整用人工物）	1回

【助成額】

各区分、購入費用の2分の1。（千円未満の端数は切り捨て）上限額2万円。

※付属品、ケア用品及び購入にかかった経費（交通費、送料、振込手数料等）は対象外です。

※既に国、県、他の自治体で助成を受けた補装具は助成対象外です。

【申請窓口】

池田町健康福祉課健康増進係（池田町総合福祉センター「やすらぎの郷」内）

※事前に、お電話のうえ、お越しください。

【受付時間】

平日：午前8時30分から午後5時15分まで

【申請に必要な書類】

- ①池田町がん患者へのアピランスケア助成金交付申請書（様式第1号）
- ②町内に住所を有することが確認できる書類の写し又は、本人確認ができる書類の写し
（例：マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）
- ③がんの治療を受けたこと又は現在受けていることが確認できる書類の写し
- ④補装具の購入に係る領収書の写し及び明細書の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名＜申請者の氏名＞、領収書発行者名、購入した補装具等の品名の記載のあるもの）

⑤池田町がん患者へのアピアランスケア助成金交付請求書（様式第3号）

⑥振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳の写し
（通帳表紙裏の見開きコピーなど）

【申請期限】

・申請は補装具を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日までに行ってください。

※ただし、治療や症状の悪化などやむを得ない事情により年度内に申請できない場合は、翌年度の申請が可能です。健康福祉課健康増進係までご相談ください。

【問い合わせ先】

池田町健康福祉課健康増進係

電話 0261-61-5000

受付 平日 8：30～17：15