



宇美町アピランス推進事業のご案内

～ 医療用ウィッグ・補整具などの購入費助成 ～

宇美町では、がん患者の皆様の治療に伴う心理的負担を軽減するとともに、治療と就労、社会参加の両立を応援し、療養の質がより良いものになるよう医療用ウィッグや補整具などの購入費の一部を助成します。

1. 対象者

次のすべての要件に該当する方

- ①申請時に宇美町内に住民票がある方
- ②がんと診断され、現在治療中または過去に治療を受けたことがある方

2. 補助内容

- ※ 個数に制限はありません。
- ※ 各区分ごとに上限額に達するまで申請できます。
- ※ 付属品やケア用品、送料などは助成の対象外です。

区分	用具	助成額
医療用 ウィッグなど	● 医療用ウィッグ (部分用ウィッグ可)	購入額の合計の1/2 (千円未満切り捨て) または 2万円のいずれか低い方
	● 装着用ネット	
	● 毛付き帽子	
補整具など	● 補整パット	購入額の合計の1/2 (千円未満切り捨て) または 1万円のいずれか低い方
	● 補整下着	
	● 専用入浴着	
	● 弾性着衣 (弾性ストッキング他)	
	● エピテーゼ(補整用人工物)	



3. 申請期限

助成対象となる用具を購入した日の翌日から起算して1年以内

※ ただし令和4年4月1日以降のものに限ります



4. 申請の手続き

※ 以下の書類をそろえて、健康課まで持参または
郵送してください。

申請書兼請求書	宇美町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書 ※申請に必要な書類は、健康福祉課で配布または町ホームページからダウンロードできます。 宇美町アピ アランスケア 検索
治療を証明する書類	診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書など
領収書(コピー)	宛名(助成対象者)、購入日、購入金額、品名、領収書発行者の名称の記載があるもの
振込先がわかるもの (コピー)	銀行名、支店名、名義、口座番号が確認できる通帳など ※振込口座は助成対象者名義の口座に限ります。
本人確認書類	マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など
委任状	助成対象者本人以外が申請する場合

問い合わせ先

宇美町 健康課 健康推進係(平日8時30分～17時15分)

【 TEL 】092-934-2243

【 FAX 】092-933-7512(代)

