



玉名市

がん治療による外見の変化にお悩みの方へ

アピアランスケア推進事業のご案内

令和6年11月受付開始

玉名市は、がん患者の社会参加を応援し、療養生活がより良いものになるよう、がん治療によるアピアランス(外見)の変化に対応するウィッグ、乳房補整具等の購入費用の一部を助成します。



● 助成の対象者

次のすべてに要件に該当する方

- ・玉名市内に住民票のある方
- ・がんと診断され、がんの治療を受けた方または現在治療中の方でウィッグ又は胸部補整具などのアピアランスケア用具が必要な方
- ・他の制度において同種の助成等を受けることができない方
- ・市税の滞納がない方 等



● 対象となる用具

ウィッグ等

ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子ほか

乳房補整具等

補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房(エピテーゼ)ほか

※対象者1人につきウィッグと乳房補整具等をそれぞれ1回ずつ申請できます。

※令和6年4月1日以降に購入したものに限りです。

● 助成額

購入費用に2分の1を乗じた額(千円未満切り捨て)
上限額2万円

● 申請期限

※対象となる用具の購入日から、1年以内の申請となります。
裏面の申請に必要な書類を添えて保健予防課へ提出してください。
(郵送可)

玉名市保健予防課(保健センター)



● 申請の手続き

必要書類

- ①玉名市がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書
(保健センターでお渡しします。市ホームページからダウンロード可)
- ②市内に住所があることが分かる書類(住民票、マイナンバーカードなど)
- ③がん治療を受けたこと又は現に受けていることが分かる書類の写し
(診断書、治療方針計画書、抗がん剤使用の同意書など)
- ④用具の購入に係る領収書の写し及び明細書の写し
(購入日、品目、金額、個数が記載されているもの)
- ⑤振込先口座が確認できるもの
(助成対象者の通帳、キャッシュカードの写し)
- ⑥助成対象者及び代理申請者の本人確認ができる書類の写し
(マイナンバーカード、運転免許証など)

※助成対象者がやむを得ない理由で自ら申請ができない場合のみ、他の者へ申請の委任ができます。(委任状が必要)ただし、対象者が18歳未満の場合の申請は、その法定代理人となります。



申請方法

申請書を作成し、添付書類を添えて玉名市保健予防課へ提出してください。

- 1.窓口申請 保健予防課(保健センター)
 - 2.郵送申請 郵送申請の場合、申請期限内必着になります。
- ※申請によっては、追加の書類を求める場合があります。

支給決定の通知

申請内容を審査し支給を決定した場合は、交付決定通知書を送付します。

助成金の支払い

指定された口座に助成金を支払います。

【お問合せ先・提出先】

玉名市保健予防課(保健センター)
〒865-0016 玉名市岩崎133 電話 0968-72-4188

