

がん患者のアピアランスケア支援補助金

大府市では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がより良いものになるよう、ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼの購入費の一部を補助する事業を実施しています。

<補助対象者> 次のいずれにも該当する方

- (1) 大府市内に住所を有する方
- (2) がんと診断され、その治療を受けたまたは治療中の方
- (3) がん治療に起因する脱毛又は外科的治療等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損に対する補整具を購入していること。
- (4) 過去に県内市町村から、同種の補整具で助成を受けていない方

<対象品> 購入した翌日から1年以内のもの

（エピテーゼは、2026年4月1日以降に購入したものに限り。）

- (1) 医療用ウィッグ（同時購入の頭皮保護用ネット含む）
- (2) 乳房補整具（①補整下着（パッド単体含む）、または②人工乳房）
- (3) エピテーゼ（顔面や手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具）

<補助金額> 購入費用の2分の1で上限額は次の通りです。

- (1) 医療用ウィッグ：3万円上限
- (2) 乳房補整具：5万円上限
- (3) エピテーゼ：5万円上限

<補助回数>

1人につき対象品(1)・(2)・(3)それぞれ1回限り（複数購入の場合は、まとめて申請）

<申請期限>

補助対象商品購入後1年以内に申請してください。

<申請方法>

下記書類をそろえて、保健センターに提出してください。

記入する書類は、保健センターで入手又は市公式ウェブサイトからダウンロードできます。

【申請に必要な書類】

- ①大府市アピアランスケア支援補助金交付申請書（第1号様式）
- ②大府市アピアランスケア支援補助金交付請求書（第3号様式）
- ③領収書原本

※裏面の注意事項参照

- ④がん治療を証明する書類

ウィッグの場合：ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの

乳房補整具の場合：ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの

エピテーゼの場合：ご本人名・治療内容・医療機関名が記載されているもの

例) 診療明細書、治療方針計画書、同意書、お薬手帳

- ⑤振込先の番号等の確認ができるもの 例) 預（貯）金通帳、キャッシュカード

- ⑥委任状

※補助対象者と、申請者が異なる等の場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）

2026/6/1 更新

<補助金の支払い>

申請後、約1か月頃に指定の振込先にお支払いします。

<領収書の注意事項>

令和〇年4月1日	
大府 花子 様 ← ①宛名：ご本人のお名前 ※フルネーム	②購入日
金額 77,700円	
ただし、ウィッグ及びウィッグ装着用ネット購入代として	④領収書発行者の名称及び住所
③金額の内訳 補助対象品であることが分かる記載が必要です。 対象外の物が含まれている場合は、補助対象品の金額が分かる内訳を添付してください。医療用ウィッグや乳房補整具は「補整下着」、「補整パッド」または「人工乳房」であることが記載されていること	名古屋市〇〇区〇〇町△-▲ (株) ▲▲ 〇〇〇

<よくある問い合わせ>

Q1. がん治療を証明する書類として、どのような書類を出せばよいか。

A1. がん治療を行ったことが分かる（氏名、病名や抗がん剤などの記載がある）ものを持参してください。特別な診断書等は必要ありません。

※診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳、化学療法の説明・同意書など

(例)

診療明細書	※日付・宛名必須	令和〇年〇月〇日		
ID-XXXXX	氏名 〇〇 〇〇 様			
区分	項目名	点数	回数	金額
入院料	薬剤管理指導料 1			
医学管	カルボプラチン注射液 150m	380	1	
理料等	エトポシド点滴静注液 100m	450	1	

〇〇病院 電話×××-×××

がん治療のための薬剤が書かれているもの
※脱毛の副作用があるも

Q2. 補助対象となる補整具は、1人1つずつか？

A2. 購入される個数は問いませんので、複数でも対象となります。

ただし、申請は1回にまとめて合計額で申請してください。

また、いずれの補整具についても申請期限内にあることが必要です。

【申請先・問い合わせ先】大府市健康増進課（大府市保健センター）

〒474-0035 大府市江端町四丁目2番地

電話：0562-47-8000 FAX：0562-48-6667

E-mail：hkn-c@city.obu.lg.jp