

# みなかみ町アピアランスケア支援事業のご案内

みなかみ町では、がん治療を受けている方の心理的および経済的な負担を軽減し、療養生活の質の向上や、治療と社会生活の両立を支援するため、アピアランスケアに関する補正具の購入費を助成します。

## ◆助成の対象となる人

次のすべての項目に該当する人です。

- ・みなかみ町に1年以上継続して住民登録している人
- ・がん治療に伴う脱毛や手術による外見の変化に対処するため、補正具を購入した人
- ・町税等の滞納が無い人

## ◆助成の対象となる物品・助成金額

※助成の対象は、補正具の購入費になります。不明な点はお問い合わせください。

補正具の種類	説明・物品の例	助成金額 (上限額)
医療用ウィッグ等	・医療用ウィッグ ・装着用ネット ・毛付き帽子等	50,000円
エピテーゼ	・人工乳房 ・体表に取りつける補整用人工物	50,000円
その他	・補整パッド ・補整下着 ・専用入浴着 ・弾性ストッキング等の弾性着衣 ・ニップル等	10,000円

### <申請に関する注意事項>

- ・医療保険の適応となるものは対象外です。
- ・1種類につき、一人1回申請できます。同じ種類の補正具を再度申請することはできません。
- ・複数購入した場合は、1回にまとめて申請してください。
- ・助成金額は、補正具の種類ごとに上限があります。
- ・購入から1年以内の領収書のみ有効です。

## ◆申請方法

以下の点を確認し、①～⑤の必要書類(代理人が申請する場合は⑥⑦も)をそろえて、申請してしてください。

### <必要書類>

#### ① みなかみ町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

- 口座名義人は、対象者である。
  - 該当の補整具の種類において、初めて申請する。
  - 交付申請額は、該当する補整具の種類の上限金額以内である。
- ※ 交付申請書兼請求書はみなかみ町ホームページからダウンロードすることもできます。

#### ② がん治療を受けていることがわかる書類

- 対象者氏名の記載がある。
  - 病名の記載がある。
  - 治療内容(抗がん剤、手術療法等)の記載がある。
- ※ がんの治療方法(手術方法など)を確認させていただくことがあります。

\*上記が記載されていることが多い書類の例\*

治療計画書、疾病や治療の説明書、治療等の同意文書、入院診療計画書、診断書 等

(注)1種類の書類に全ての項目が記載されていないことがありますので、複数の書類をご用意いただくことをお勧めいたします。

#### ③ 領収書及び明細書

- 「領収書」の記載がある。(納品書等は不可)
  - 購入年月日(1年以内)の記載がある。
  - 宛名は対象者である。
  - 発行者名の記載がある。
  - 購入した補整具の内容が明記されている。(例:「ウィッグ」「エピテーゼ」「補整パッド」)
  - 領収書の金額に補整具以外の品物分が含まれている場合や、但し書きに「〇〇等」と記載されている場合は、購入内容の内訳書を添付する。
- ※ レシートの場合、補整具と判別できないことがありますので、その際は購入店で領収書を発行してもらってください。

#### ④ 対象者の本人確認書類

- マイナンバーカード、資格確認書、運転免許証 など

#### ⑤ 振込口座が確認できる書類 (通帳など)

【代理人が申請する場合】①～⑤に加えて、⑥⑦を提出してください。

#### ⑥ 委任状

#### ⑦ 代理人の本人確認書類

## ◆申請場所

みなかみ町役場健康推進課健康推進係

電話0278-62-2527

領収書

○年○月○日

対象者氏名 様

金額 ￥50,000 -

但し、  
〔 医療用ウィッグ代  
エピテーゼ代  
○○補整具代 〕

○○株式会社  
〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○  
TEL : ○○-○○○○ FAX : ○○-○○○○

領収書

○年○月○日

対象者氏名 様

金額 ￥50,000 -

但し、  
〔 医療用ウィッグ代  
エピテーゼ代  
○○補整具代 〕

○○株式会社  
〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○  
TEL : ○○-○○○○ FAX : ○○-○○○○