

2026年度 丹波市がん患者アピランスサポート事業 について

丹波市健康課

丹波市では、がんの薬物療法・放射線療法による脱毛や手術療法による乳房切除などを受けられた方の心理的な負担を減らし、就労や社会参加を促すことで、療養生活の質の維持向上を図るため、がん治療による外見変貌を補完する補正具の購入費用の一部を助成します。

1. 助成を受けることができる方

助成の対象となる方は、以下の①～⑤のすべてに該当する方です。

- ① 申請時に丹波市に住民票がある方（年齢制限はありません）
- ② がんと診断され、その治療を受けた、又は現に受けている方
- ③ 対象となる補正具を購入されている方
- ④ 過去に他の自治体から対象補正具と同様の助成を受けていない方
- ⑤ 市税の滞納がない方

2. 助成内容及び金額

■対象になる補正具と助成金額

区分	要件	台数	助成上限額
医療用ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの（装着時に皮膚を保護するネットを含む）	医療用ウィッグ＋保護ネット、毛付き帽子（医療用）、医療用帽子のいずれか1台	5万円
乳房補正具 （外科的治療等による乳房の形の変化に対応するもの）	補正下着（下着とともに使用するパッドを含む）※	補正下着（枚数に制限なし）か人工乳房のいずれか。人工乳房については両側乳がんを除き1台	1万円
	人工乳房（体内に埋め込まれたものを除く）		5万円

※補正下着は、専用の下着でなくても構いません。悩みを解消できるものを選んでください。ただし、領収書に「補正下着」と記載されているものに限りです。

■助成回数

医療用ウィッグ、乳房補正具それぞれ1回限りです。

3. 申請期限

購入日の翌日から計算して 90日以内です。

4. 申請方法

次の書類を申請期限内に丹波市健康センターミルネ2階 健康課へ提出してください。

5. 申請書類

- ① 丹波市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書
- ② がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類）
※窓口でコピーをとります。
- ③ 助成の対象になる補正具の購入に係る領収書（申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。医療用ウィッグ（帽子含む）は医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。）
※窓口で申請済印を押し、コピーをとります。
- ④ 振込み先口座の通帳のコピー等口座番号等が確認できるもの（申請者と同一）

以下の項目に同意いただいた場合は⑤～⑦の住民票及び所得、市税の滞納がないことを証明できる書類が省略できます。なお、丹波市以外で住民税が課税されているなど、市で確認できない場合は省略できません。書類をご用意いただく際にかかった費用は自己負担になります。

- 丹波市が住民基本台帳等により世帯全員の世帯情報を確認すること
- 丹波市が市民税課税台帳により世帯全員の市民税課税情報、申請者の市税滞納情報を確認すること

- ⑤ 申請者の属する世帯の住民票（発行日から3ヶ月以内で続柄の記載のあるもの。本籍省略可。マイナンバーの記載のないもの）
- ⑥ 下記に記載する所得額を証明できる書類（市町村長の発行する市・県民税課税（所得）証明書）

補助対象補正具を 購入した方	提出書類
18歳未満で未婚の方 （既婚の場合を除く）	補助対象補正具を購入した方と生計を一にする親権者全員の所得額（兵庫県がん患者アピアランスサポート事業実施要綱に定める所得額をいう。以下同じ。）がわかる書類
18歳以上で未婚の方	補助対象補正具を購入した方の所得額がわかる書類
既婚の方	補助対象補正具を購入した方及びその配偶者の所得額がわかる書類

- ⑦ 市税の滞納が無いことを証する書類（約2週間以内のもの）
申請者本人のみ

【お問い合わせ先（申請書提出先）】

〒669-3464

丹波市氷上町石生 2059 番地 5（丹波市健康センターミルネ 2 階）

丹波市 健康部 健康課 ☎ 0795-88-5082