

ウィッグ・胸部補整具の 購入費の一部を助成します

深谷市アピランスケア助成事業

・令和8年4月1日から、助成対象に専用入浴着を追加しました

対象者 (以下1~5のいずれにも該当するかた)

- 1 申請日かつ対象補整具の購入日において、本市に住民登録があるかた
- 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かた (18歳以下 (補整具の購入日において満18歳に達した日の属する年度の末日まで) で、がん治療に起因するもの以外の脱毛症状があり、その治療を受けているかたを含む)
- 3 がん治療に起因する脱毛症状 (18歳以下のかたについては、がん治療に起因するもの以外の脱毛症状を含む) 又はがんの外科的治療による乳房の変形に対する補整具を購入したかた
- 4 補整具の購入にあたり、他の法令等に基づく同種の助成等を受けたことがないかた
- 5 市税に滞納がないかた

助成対象経費 (以下1・2の補整具の購入に要した経費)

- 1 ウィッグ及びその着用に必要なネット
* ケア用品 (クリーナー、リンス、ブラシ等) は対象外
- 2 補整下着、補整パッド、専用入浴着並びに人工乳房等の胸部補整具
* 専用入浴着は、令和8年4月1日以降に購入したものが対象となります

助成金額・助成回数

助成金額: 補整具の購入に要した額 (1,000円未満の端数は切捨てた額とし、50,000円を上限とした額)

助成回数: 対象者1人につき補整具ごとに1回限り

* ウィッグ等で1回、補正下着等で1回となります

申請期限

ウィッグ等の補整具を購入した日の翌日から1年以内

* ただし、過去に本事業で助成を受けている方は対象となりません

申請方法

* 以下1~4の書類をそろえて、保健センターへ申請してください。

【必要書類】

- 1 深谷市アピランスケア助成金交付申請書 (市ホームページからダウンロード可能)
- 2 がん治療を受けた又は現に治療を受けていること及びがん治療に伴う脱毛症状又は外科的治療等による乳房の変形があることを証明する書類 (診断書、治療方針計画書等) 18歳以下のかたで、がんの治療以外による脱毛症でウィッグを使用している場合は、脱毛症状の治療を受けていることを証明する書類 (診断書、治療方針計画書等)
- 3 補整具の領収書 (補整具の購入日、品名、金額等が確認できるもの)
- 4 助成金の振込みを希望する金融機関の口座名義及び口座番号がわかるものの写し

