

滑川町 アピアランスケア用品購入費助成事業のご案内

滑川町では、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に直面している方が、治療と社会生活を両立し、自分らしく心地よい日常生活を送れるよう、補助用品の購入費用を助成します。

次のいずれも該当している方が対象となります

- ① 助成対象となるアピアランスケア用品の助成金の申請日において、滑川町に住所登録のある方
- ② がんと診断され、がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けた方、又は現に受けている方
- ③ がんの治療やその副作用に伴うアピアランスの変化に対して、助成対象補助具を購入した方
- ④ 同一区分の助成対象補助具について、過去に滑川町や埼玉県内の他市町村の助成を受けていない方
- ⑤ 他の法令等に基づく同種の助成等を受けていない方
- ⑥ 町税等の滞納がない方

対象となる補助具および助成回数・額

区分	頭髮補助具等	乳房補整具等
助成対象補助具	ウィッグ、頭皮保護用ネット ウィッグ付き帽子等	補整下着、人工乳房、エピテーゼ等
助成回数	1人につき1回限り	1人につき1回限り
助成上限額	1万円	1万円

※ 助成金額は助成対象補助具の購入費用で、医療保険適用外のものに限ります。

※ 助成対象補助具の購入のために要した交通費、送料及び代金決済手数料等の費用や、助成対象補助具の本体価格に含まれない付属品及びケア用品等の購入費用は、助成対象外です。

手続きの流れ

1

書類提出

申請書および必要書類を提出していただきます。

2

審査

審査後、交付の可否を「滑川町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金支給(不支給)決定通知書」を郵送します。

3

交付

指定された口座に助成金をお振込みします。

※ 助成金の交付申請をされた検査内容などで、助成金支給の可否の判断と不明な点がある時は、医療機関に問い合わせをさせていただくことがあります。
※ 虚偽その他の不正行為による助成金の交付を受けた場合は、助成金の一部または全額を返還していただきます。

必要書類

- 滑川町がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)
- がんの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の写し(医療機関が発行するがんの治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書等)
- 助成対象補助具の購入に係る領収書及び明細書の写し(購入者、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行元及びその他町長が必要と認める事項の記載があるもの)
- 振込先口座の通帳(申請者名義の口座)の写し

申請期限

アピアランスケア用品を購入した日の翌日から起算して1年が経過する日までに申請してください。
(令和8年4月1日以降に購入したものに限り)

がんに関する埼玉県の相談窓口

●がん相談支援センター

がんのことやがんの治療について知りたい、今後の療養や生活のことが心配など、がんに関わる質問や相談を看護師やソーシャルワーカーがお受けします。患者さんやご家族等どなたでも無料で利用できます。

相談は、がん相談支援センターに直接行く方法と、電話による方法があります。

埼玉県内のがん相談支援センター掲載URL(右記二次元コード)：

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/gantaisaku/gantaisakusoudanshien.html>



申請窓口・問い合わせ：滑川町健康づくり課保健予防担当(滑川町保健センター内)
電話 0493-56-5330 FAX 0493-56-5331