

洲本市

がん患者アピアランスサポート事業

洲本市では、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、がん治療による外見（アピアランス）の変化を受けた方に、医療用ウィッグや乳房補正具の購入費用を助成します。（所得要件があります。）

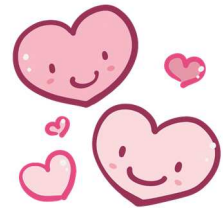
1. 対象者（次の要件を全て満たす方）

- ①対象の補正具を購入した日から申請日まで洲本市内に住所を有する方
- ②がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている方
- ③対象補正具を申請する年度内（4月1日～3月31日）に購入した方
- ④対象補正具の購入に関し、他の地方公共団体から助成等を受けていない方
- ⑤前年の所得（1月～5月は前々年）が 400万円未満※の方

※未成年の方：生計を一にする親権者全員の合計所得

成年かつ未婚の方：本人の所得 既婚の方：配偶者との合計所得

- ⑥市税等の滞納がない方



2. 対象補正具・助成金額

・医療用ウィッグ（上限5万円）

がん治療に伴う脱毛に対応するため一時的に着用するもの（医療用髪付き帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む）。一人1台に限る。

・乳房補正具（A:上限1万円またはB:上限5万円）

A 補正下着

外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補正下着（下着とともに使用するパッド含む）

B 人工乳房

乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。両側乳がんを除き、一人1台に限る。

【注意】付属品及びケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）、補正具の購入のために要した交通費や郵送費等は対象外です。



申請方法は裏面へ

3. 申請方法

次の書類をそろえて申請期限までに申請してください。

- ① 洲本市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書
健康増進課の窓口や市のホームページに様式があります。
- ② がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等の写し
- ③ 対象補正具の購入に関する領収書
対象者の氏名、購入日、品名、金額及び台数の記載があるもの。医療用ウィッグや髪付き帽子などは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」または「人工乳房」の記載があること。
- ④ 世帯全員の住民票の写し（発行日から3か月以内のもので、世帯主・続柄の記載があり、マイナンバーの記載のないもの）
- ⑤ 前年の所得に係る市民税・県民税課税証明書（1月から5月に申請を行う場合は前々年のもの）※対象者が既婚の場合は配偶者と本人、未婚の場合は本人、未成年の場合は生計を一にする親権者全員分が必要です。
- ⑥ 振込先口座が確認できる預貯金通帳の写し（申請者名義のもの）
- ⑦ 市歳入金情報に関する同意書

4. 申請期限

対象補正具を購入した日の属する年度の末日（3月31日）まで

【参考】所得の算出方法（児童手当施行令（昭和46年政令第281号）第3条に定める所得額）

(1) 所得額…総所得、退職所得、山林所得、土地等に係る事業所得等、長期及び短期譲渡所得、先物取引に係る雑所得等などの合計

※給与所得、雑所得（公的年金等に係るもの）がある場合は、当該給与所得金額及び雑所得金額の合計額から10万円を控除して得た額

(2) 児童手当施行令第3条第1項の控除額…一律8万円

(3) 控除額…雑損控除（実額）、医療費控除（実額）、小規模企業共済等掛金控除（実額）、障害者控除（普通：27万円、特別：40万円）、ひとり親控除（35万円）、寡婦（夫）控除（27万円）、勤労学生控除（27万円）

$$\boxed{(1)\text{所得額}} - \boxed{(3)\text{控除額}} - \boxed{(2)\text{8万円}} = \boxed{\text{判定の対象となる所得額}}$$

申請窓口・問い合わせ先

洲本市健康福祉部健康増進課

〒656-0027 洲本市港2番26号

電話：0799-22-3337

※申請される方は、事前にご連絡ください。



市のホームページ

