

神戸市がん患者アピアランスサポート事業について

1. 概要

近年、医療の進歩により、がんを克服し社会復帰する患者が増えている。しかし、抗がん剤や放射線治療の影響による脱毛や、手術による乳房切除など、外見の変化により社会参加への不安を持つがん患者も多い。

アピアランス（外見）の変化に伴う悩みを抱えるがん患者にウィッグ等の補正具の購入費用を助成することにより、治療と社会参加等の両立を支援し、療養生活の質（QOL）の向上及び経済的負担の軽減を図る

2. 事業開始日

令和3年4月1日

3. 申請受付開始日

令和3年6月15日

4. 対象者

本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時（本人死亡時は死亡日）に神戸市に住所票を有する者
- (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者
- (3) 対象補正具を、令和3年4月1日以降に購入した者
- (4) 過去に県内市町から対象補正具と同種の補助を受けていない者

5. 助成内容

(1) ウィッグ等 上限金額5万円

(2) 乳房補正具

次のいずれかとする。

ア 補正下着 上限金額1万円

イ 人工乳房 上限金額5万円

※（1）又は（2）それぞれ1回限り助成する。

6. 申請期限

- ① 令和3年4月から令和3年12月までの間に補助対象補正具を購入した場合
→ 令和4年3月31日まで

- ②令和4年1月から令和4年3月までの間に補助対象補正具を購入した場合
→購入日の翌日から90日以内

7. 対象補正具一覧

区分	補正具	上限数	上限金額	注意事項
(1)ウィッグ	ウィッグ	1	5万円	医療用の場合、領収書に医療用と記載
	部分用ウィッグ	1	5万円	医療用の場合、領収書に医療用と記載
	ウィッグ用保護ネット	3	5万円	ウィッグとのセット
	毛付き帽子(髪・帽子一体型)	1	5万円	医療用の場合、領収書に医療用と記載
	毛付き帽子(髪・帽子別)の髪	1	5万円	医療用の場合、領収書に医療用と記載
	毛付き帽子(髪・帽子別)の帽子	3	5万円	毛付き帽子(髪)とのセット
	帽子	3	5万円	医療用の場合、領収書に医療用と記載
(2)乳房補正具	補正下着	複数可	1万円	領収書に補正下着と記載のこと
	パッド	複数可	1万円	領収書に補正具もしくはパッドと記載のこと
	人工乳房	1(2)	5万円	肌に直接接着させて使用するもので、領収書に人工乳房と記載のこと
	人工乳頭	1(2)	5万円	肌に直接接着させて使用するもので、領収書に人工乳頭と記載のこと

8. 受付状況(8月3日現在)

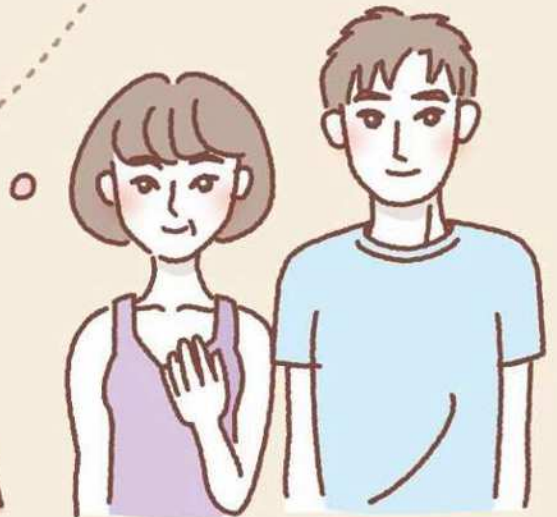
4月以降の問い合わせ件数(コールセンター分除く) 約210件

申請受付件数	ウィッグ等	112件
	補正下着	15件
	人工乳房	1件

9. 参考

チラシ(別添のとおり)

毎日を
あなたらしく



神戸市
がん患者
アピアランス
サポート事業

2021 4/1より

申請受付 6/15より

抗がん剤や放射線治療の影響による脱毛や手術による乳房切除など、外見の変化により社会参加への不安を持つがん患者の方にウィッグ等の補正具の購入費用を助成します

アピアランスサポートとは
アピアランス(外見)の変化に伴う悩みを抱えるがん患者の方への支援をアピアランスサポートといいます。

 ウィッグ等 ^{上限} 5万円

 乳房補正具 ^{上限} 1万円 または ^{上限} 5万円



くわしくは裏面へ▶

お問い合わせ 神戸市総合コールセンター ☎0570-083330 および ☎078-333-3330 (年中無休8:00~21:00)

神戸市

がん患者

アピアランス サポート事業

2021 4/1より 申請受付 6/15より



対象者

- 次の要件を全て満たす者
- ①申請時に神戸市に住民票を有する者
 - 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者
 - ③対象補正具を、令和3年4月1日以降に購入した者
 - ④過去に県内市町から対象補正具と同種の補助を受けていない者

対象補正具(助成金額)

ウィッグ等 (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(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む)。1人1台に限る。

乳房補正具 (上限 A1万円 または B5万円)

- | | |
|--|---|
| A 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整下着(下着とともに使用するパッド含む) | B 人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)
※人工乳房については、両側乳がんを除き、1人1台に限る。 |
|--|---|

A または B いずれか

※付属品及びケア用品(クリーナー、リンス及びブラシ等)、購入のために要した交通費及び郵送費等は対象外。
※ウィッグ等、または、乳房補正具、それぞれ1回限り助成する。

申請書類

- ①申請書
- 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
- ③対象補正具の購入に係る領収書
- ④世帯の住民票(発行から3か月以内)
- ⑤所得を証明できる書類(別表のとおり)
- ⑥補助金の振込を希望する金融機関の通帳等
カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

申請期限

- ①4月から12月までの間に補助対象補正具を購入した場合、翌年の3月31日まで
- ②1月から3月までの間に補助対象補正具を購入した場合、購入日の翌日から90日以内

所得に関する必要書類 (前年、1月～5月の申請にあつては前々年)

未成年の場合(既婚の場合を除く)

対象補正具を購入した者と生計を一にする親権者全員の所得額(児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第3条に定める所得額をいう。以下同じ)がわかる書類

成年かつ未婚の場合

対象補正具を購入した者の所得額がわかる書類

既婚の場合

対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額がわかる書類

申請先

〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所
健康局健康企画課 アピアランスサポート事業担当
☎078-322-0174 FAX 078-322-6053

神戸市がん患者
アピアランスサポートの
ホームページ▶

