

春日市アピアランスケア推進事業のご案内

(医療用ウィッグ・補整具等の購入費助成)

春日市では、がん患者およびがん経験者が治療に伴う外見の変化（脱毛、爪の割れ、手術痕や身体の欠損など）に対し、医療用ウィッグや補整具などを購入した場合に、その費用の一部を助成します。

対象者

次の1～4の全てに当てはまる人

1. 申請時に春日市に住所を有する
※申請日前に死亡した人にあつては、死亡した日において市の住民基本台帳に記録がある人になります。
2. がんと医師から診断され、その治療を受けた、または現在も受けている
3. 同一の世帯に属する人に係る市民税の所得割の額の合計額が23万5千円未満、または、生活保護受給者
4. 国や福岡県内の他の自治体から同様の助成を受けたことがない

《補助対象となる費用》

区分	助成対象用具	助成額
医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ 装着用ネット 毛付き帽子	購入費（税込）の2分の1 （千円未満切り捨て） ※上限は2万円です。
補整具等	補整パッド 補整下着 専用入浴着 弾性着衣（弾性ストッキング、 弾性スリーブ、弾性グローブ） エピテーゼ（身体の欠損などを 補うため体表に取り付ける人工 物、例：自分で装着する人工乳 房や人工乳首等）	購入費（税込）の2分の1 （千円未満切り捨て） ※上限は1万円です。

※助成回数は、1人につき、医療用ウィッグ等・補整具等それぞれ1回限りです。

《補助対象となる用具の購入日および申請期限》

対象用具を購入した翌日から起算して1年以内

※ただし、がん治療や症状の悪化などのやむをえない事情による場合は2年以内

《補助対象とならない費用》

- ・購入に要した費用（交通費や輸送費）
- ・対象用具の附属品またはケア用品（クリーナー、リンス、ブラシなど）
- ・医療保険各法（健康保険）による給付の対象となる用具や他の公的補助制度を活用できる用具
- ・原則、補助対象用具以外は対象になりません。

申請方法

■申請方法 窓口・郵送

■必要書類

	申請に必要なもの	備考
申請書	春日市アピランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書（表面）	必要事項を記載のうえ提出 【配布場所】 ・市ウェブサイト ・健康課
	照会同意書（裏面）	地方税関係情報等の確認のため
添付書類	①意見書、または、がん患者であることが確認できる書類（診断書や治療方針計画書などの写し）のうち、いずれか	がん治療に伴う脱毛または外科的治療等により身体の一部に欠損が生じたことを証明する書類
	②補助対象用具を購入したことがわかる領収書及び明細書の写し	補助対象者氏名、支払日、品名、金額個数入り、「医療用ウィッグ」「補正パッド」など補助対象品目名の記載のあるもの
	③申請者および補助対象者の本人確認書類の写し	運転免許証、マイナンバーカードなど
	④保護受給証明書	生活保護受給者のみ

よくある ご質問

Q: 現在、春日市に住んでいますが、購入したときは別の自治体に住んでいました。補助の対象になりますか。

A: 申請日時時点で春日市に住民票を有していれば対象になります。ただし、前住所地で同様の助成金を受けていないことが条件となります。

Q: 添付書類はレシートでも代用できますか。

A: 補助対象者氏名、支払日、品名、金額、個数入り、「医療用ウィッグ」や「補整パッド」などの補助対象品名の記載があるものに限りませので、領収書と明細書が必要になります。

【申請書等の書類】

市ウェブサイトページ番号

春日市 1012069

検索



春日市健康課窓口

(春日市いきいきプラザ 2F)

【お問い合わせ先・申請先】

春日市健康課健康づくり担当

〒816-0851

春日市昇町1丁目120番地

春日市いきいきプラザ 2F

TEL:092-501-1134 FAX:092-501-1135

E-mail:kenkou@city.kasuga.fukuoka.jp