

白河市アピアランスケア 支援助成事業のご案内

白河市では、がん患者の方の治療及び社会参加等の両立を支援し、がん治療によるアピアランス（外見）の変化を補うため、ウィッグ等の補整具を購入したがん患者の方に、購入費用の一部を助成します。

助成の対象となる方（1～3のすべてにあてはまる方）

- 1 白河市に住所を有する方
- 2 がんと診断され、がん治療を受けた方または受けている方
- 3 がん治療に伴い脱毛し、若しくは脱毛するおそれがあり、ウィッグを必要とする方
またはがん治療に伴い乳房を切除し、乳房補整具を必要とする方

助成の対象となる補整具等

- ウィッグ（全頭用かつらに限り、付属品等を含みません）
- 乳房補整具（補整パッドまたは装着型人工乳房に限り、乳房補整具の下着は含みません）

助成金額

- ウィッグ 上限 20,000 円
- 乳房補整具 上限 10,000 円（左右両方の場合は、それぞれで上限 10,000 円とします）

助成回数・申請期限

助成の交付回数は、1人につき、補整具の種類ごとに1回です。
申請期限は、補整具を購入した翌日から起算して1年以内です。

令和5年4月1日以降に
購入したものが対象と
なります。

申請に必要な書類

- 1 白河市アピアランスケア支援助成事業利用申請書兼請求書
- 2 診断書の写し、治療計画説明書の写し等、がん治療を受けたこと
または受けていることが確認できるもの
- 3 補整具を購入したことが確認できる領収証の原本
- 4 運転免許証の写し等、現住所が確認できるもの

申請先・問い合わせ先

〒961-0054
福島県白河市北中川原 313 番地
白河市役所健康増進課予防管理係（白河市中央保健センター）
TEL 0248-27-2112

ホームページから書類が
ダウンロードできます。

