



足立区

令和6年4月1日より

# アピアランスケア用品購入費用等の助成制度を拡充します。

変更点は 2 っ



助成金額

費用の **1/2**

**ウィッグ**

上限額 3万円  
(変更なし)

**胸部補整具**

【変更点①】

助成品目に

(1)人工乳房

(2)弾性着衣

を追加

【変更点②】

助成上限額

3万円へ引き上げ

詳細は裏面をご覧ください。

## 1 対象者（以下の全てに該当する方）

- (1) 足立区内に住所を有している方
- (2) がんと診断され治療を行っている方、または過去にがん治療に伴い乳房を切除した方
- (3) がん治療に伴う脱毛、乳房の切除等により、補整具を必要としている方
- (4) 本事業において助成金の交付を受けたことがない、また他の法令等に基づく同種の助成制度の対象となっていない方。 ただし本事業の助成金を受けたとしても異なる区分の補整具の場合は、申請可能
  - ※ 令和5年度胸部補整具申請者は、令和6年度に限り2回目の胸部補整具の申請が行えます。詳しくは下記問い合わせ先までご連絡ください
- (5) 令和5年4月1日以降に購入やレンタル、リースを行った方（購入等を行った日の翌日から起算して、1年以内に申請が必要です）

## 2 助成対象補整具（購入だけでなく、レンタルやリースも含む）

- (1) ウィッグ  
(ウィッグ、ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネット、脱毛した頭部を保護する医療用帽子、帽子付きウィッグ)
  - ※ ウィッグの保管、手入れ等に使用する用品は除く
- (2) 胸部補整具  
(補整下着、補整用シリコンパッド（パッドカバーも含む）、<sup>New</sup>人工乳房、<sup>New</sup>弾性着衣)

## 3 助成金額

費用の1/2の金額を助成する。<sup>New</sup>上限額はウィッグ、胸部補整具ともに3万円

- ※ 100円未満は切り捨て
- ※ 通信販売等で各種ポイントを利用して購入した場合、ポイント利用分は助成対象外です。また、ポイントが付与された場合、付与分は助成対象外となります

## 4 必要書類

- (1) 足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金交付申請書兼請求書
- (2) がん治療を受けていることが確認出来る書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）の写し
- (3) 助成対象品の購入等をした日付及び金額が確認出来る書類（領収書等）の原本

助成制度の詳細や申請書のダウンロード  
Q&Aはこちらから▶



### 【問い合わせ先】

足立区衛生部データヘルス推進課 健診事業係

電話番号：03-3880-5121

メールアドレス：datahealth@city.adachi.tokyo.jp

足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

提出先 足立区長

足立区アピアランスケア推進事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。  
 なお、申請にあたり足立区が住民基本台帳を確認すること、がんの治療状況を確認するため、関係医療機関や調剤薬局等へ診療明細等の診療情報を照会することについて同意します。また、本書類の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

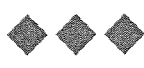
申請者 (助成対象者)	フリガナ			生年 月日	年 月 日		
	氏名						
	住所	〒 足立区		電話 番号			
がんの治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法		
					手術 放射線 薬剤 その他 ( )		
購入 (レンタル) したもの	ウィッグ 胸部補整具						
	過去の申請の有無： 無 有 ( 年 月頃) ※該当するものを○で囲んでください。						
購入 (レンタル 開始) 年月日	年 月 日						
申請金額の算定							
購入 (レンタル) 経費合計		ア×1/2の額 100円未満切り捨て		助成上限額 (3万円) またはイのいずれか低い額		助成金申請額 (ウの合計金額)	
ウィッグ	ア	円	イ	円	ウ	円	円
胸部補整具	ア	円	イ	円	ウ	円	
振込先	金融機関			銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所		
	預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄		口座番号			
	口座名義人 ※上記申請者と同じ	(フリガナ) (氏名)					
※口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状の記入が必要となります。 委 任 状 私は、上記口座名義人に足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金の受領について委任します。 年 月 日 申請者氏名 (自署)							
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けていることを証する書類 (お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等で助成対象者の名前が記載されていること) のコピー (ウィッグの助成申請は脱毛の副作用がある治療を受けていることが確認出来るもの、補整下着、補整用シリコンパッド、人工乳房の助成申請は乳房の切除をしたことが確認出来るもの、弾性着衣の助成申請はリンパ浮腫の原因となるリンパ節切除や放射線療法などを受けたことが確認出来るもの) <input type="checkbox"/> 領収書などウィッグ等の購入や購入金額及び購入日 (レンタルやリースの場合、利用額と利用開始日) が確認出来る書類の原本 (書類には助成対象者の名前が記載されていること)						

足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金交付申請書兼請求書

令和☆年 ☆月 ☆日

提出先 足立区長

足立区アピアランスケア推進事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。  
 なお、申請にあたり足立区が住民基本台帳を確認すること、がんの治療状況を確認するため、関係医療機関や調剤薬局等へ診療明細等の診療情報を区が照会することについて同意します。また、本書類の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

申請者 (助成対象者)	フリガナ	アダチ ハナコ	生年月日	昭和○年 ○月 ○日
	氏名	足立 花子		
	住所	〒120-0011 足立区中央本町1-×-×× □□□マンション×××号室	電話番号	080-△△△△-▲▲▲▲
がんの治療状況	医療機関名	●●総合病院	主治医名	千住 太郎
			治療方法	手術 <u>放射線</u> 薬剤 その他( )
購入(レンタル)したものの	<u>ウィッグ</u> 胸部補整具 過去の申請の有無： <u>無</u> 有( 年 月頃) ※該当するものを○で囲んでください。			
購入(レンタル開始)年月日	令和☆年 ☆月 ☆日			
クレジットカードを使用してポイントが付与された場合は、購入金額からポイント分を引いた額をお書きください。				
購入(レンタル)経費合計	100円未満切り捨て またはイのいずれか低い額			助成金申請額 (ウの合計金額)
ウィッグ	ア 55,500円	イ 27,700円	ウ 27,700円	27,700円
胸部補整具	ア 円	イ 円	ウ 円	
振込先	金融機関	 銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 <u>支店</u> 出張所
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄		口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人 ※上記申請者と同じ	(フリガナ) アダチ ハナコ (氏名) 足立 花子		
※口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状の記入が必要となります。 委任状 私は、上記口座名義人に足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金の受領について委任します。 年 月 日 申請者氏名(自署)				
添付書類	□がん治療を受けていることを証する書類(お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等で助成対象者の名前が記載されていること)のコピー(ウィッグの助成申請は脱毛の副作用がある治療を受けていることが確認出来るもの、補整下着、補整用シリコンパッド、人工乳房の助成申請は乳房の切除をしたことが確認出来るもの、弾性着衣の助成申請はリンパ浮腫の原因となるリンパ節切除や放射線療法などを受けたことが確認出来るもの) □領収書などウィッグ等の購入や購入金額及び購入日(レンタルやリースの場合、利用額と利用開始日)が確認出来る書類の原本(書類には助成対象者の名前が記載されていること)			