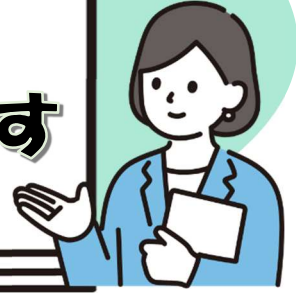




アピアランスケア用品 購入費用の一部を助成します



草加市では、がん治療に伴う外見の変化を補うためのアピアランスケア用品購入に要する費用の一部を助成します。

対象者 (※次の①～④すべてに該当する方)

- ① 申請時に草加市に住民票がある方
- ② がんと診断され、治療を受けている方（受けた方）
- ③ がん治療に起因する外見の変化により対象物品を必要とし、それを購入した方
- ④ 他の制度または他の自治体から、同様の補助・給付等を受けていない方



補助対象物品

※付属品及び手入れに必要なもの（クリーナー、リンス、ブラシ等）や購入のために要した交通費及び郵送費が対象外です。

区分	アピアランスケア用品	助成の額
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子等	購入額の合計金額 または10,000円の いずれか少ない方の額
その他補整具	補整下着、補整パッド、人工乳房、人工ニップル、専用入浴着、エピテーゼ(※)等	購入額の合計金額 または10,000円の いずれか少ない方の額

(※) 身体の一部に欠損や変形が生じた場合に、外観を補うための取り外し可能な装具

補助回数

○ 対象者1人につき、それぞれの区分ごとに1回限り



申請期限

○ 購入した日の翌日から1年以内

申請方法は
裏面へ

申請・
問い合わせ

草加市 健康推進部 健康づくり課

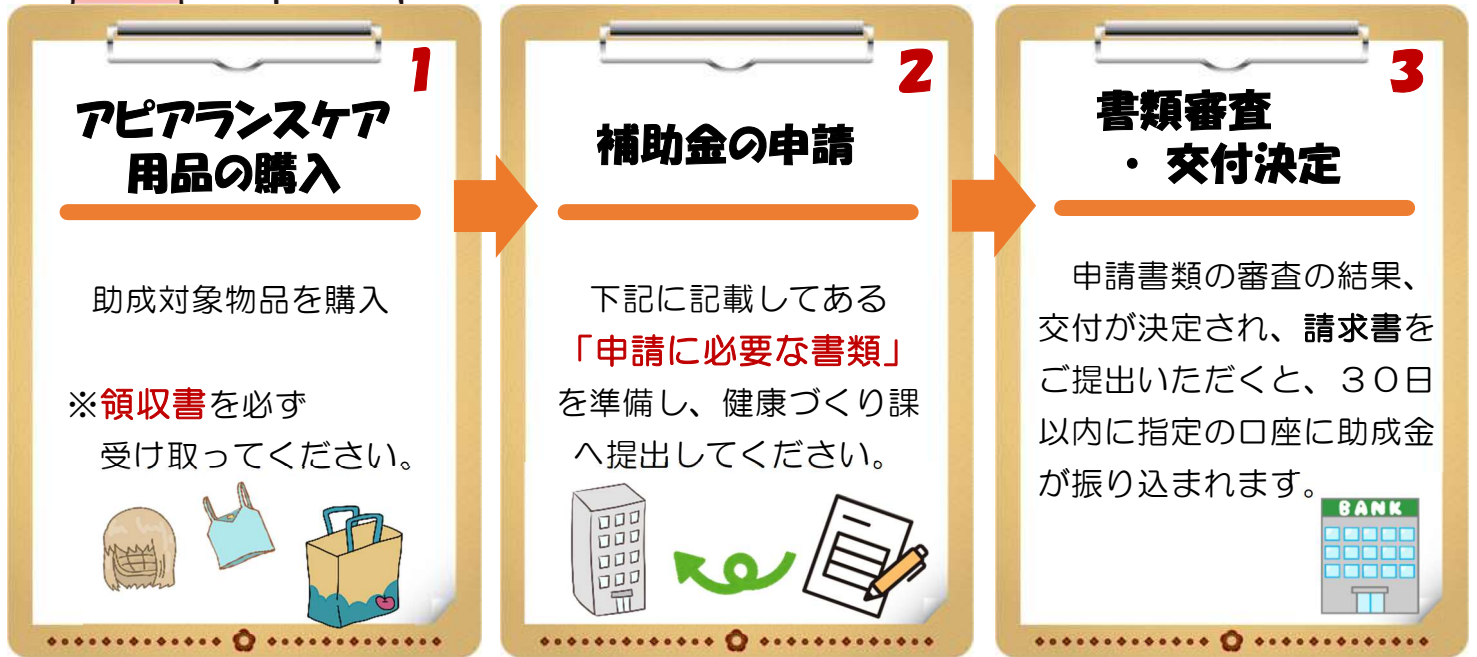
住所：〒340-0016

草加市中央1-1-8 市役所第二庁舎3階

電話：048-922-1156 FAX：048-927-0501




申請方法



申請に必要な書類



	必要な書類	確認事項
1	草加市アピアランスケア用品購入費 補助金交付申請書（第1号様式）	草加市ホームページからダウンロード または、 健康づくり課でお渡しします。  ※ 詳しくはHPをご覧ください ⇒
2	がん治療に伴い、 頭部の脱毛または身体の欠損が生じた ことを証明する書類の写し	医療機関名が記載されている下記のいずれかの 書類をご用意ください。（コピー可） ・診断書 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・クリニカルパス など
3	アピアランスケア用品を 購入した際の領収書（原本）	下記の記載があるか確認してください。 ・補助対象者氏名 ・購入日 ・購入品名（対象物品とわかるように記載） ・購入金額の明細（内訳） ・領収書発行者の名称・住所
4	請求する方の振込先がわかるもの	通帳、キャッシュカード など（コピー可）