

がん患者の  
皆さま

# 医療用ウィッグと乳房補整具の 購入費を一部助成します

## 対象者

～次の全てに該当する方～

1. 備前市に住民票がある方
2. がんと診断され、がん治療を受けている方
3. がん治療による脱毛または乳房切除に伴い、医療用ウィッグや乳房補整具が必要になった方
4. 過去の他の市町で同種の補整具購入助成を受けていない方

## 対象品

1. 全頭用医療用ウィッグ(頭皮保護ネットを含む)
2. 乳房補整具(補整下着、人工乳房等の胸部補整具)

※令和6年4月1日以降  
に購入したものに限り

## 助成回数・金額

助成回数はおひとりにつき各1回限り

購入費用の2分の1(上限各3万円) ※1,000円未満は切り捨てとなります

## 申請方法

### 1. 必要書類を準備する

- ① 備前市アピランスケア助成金交付申請書兼請求書
- ② がん治療を行ったことを証する書類
- ③ 領収証の写し
- ④ 購入費の内訳、購入年月日及び製造会社、製品名が記載された書類
- ⑤ 振込口座が確認できる書類の写し

※詳しくは備前市のホームページをご覧ください

### 2. 保健課健康係に提出する ※窓口か郵送にて提出してください

### 3. 市が審査・助成額を確定して通知します

### 4. 市が申請者の指定口座へ振込みます ※通知から1か月程度で指定口座へ振り込みます

## 申請期限

※購入日の翌日から1年を経過  
するまでに申請してください

※ご不明な点やご相談がありましたら、お気軽にご連絡ください

※本事業の詳しい内容や必要書類のダウンロードは備前市のホームページをご覧ください

## 【申請・問い合わせ先】

備前市 保健課 健康係 〒705-8602 備前市東片上 126 番地

TEL:0869-64-1820 FAX:0869-64-1847

※電話窓口での対応は市役所開庁時間内です(平日 8:30~17:15)

