

伊那市がん患者アピアランスケア助成金交付事業のご案内

目的

がん患者の方の就労、社会参加等を支援するため、治療に伴う外見の変化を補完するウィッグや乳房補整具等の購入費用の一部助成をします。

対象と助成金額と回数

※令和5年4月1日以降に購入した物が対象です。原則購入した日の属する年度の末日までに申請してください。

対象者：伊那市に住所があり、がんの治療を受けた又は現に受けている大人の方

助成対象区分について各1回ずつ、購入費の1/2【上限2万円】

助成対象区分：頭髮補整具、乳房補整具（左右各1回）、エピテーゼ

★付属品やケア用品、交通費、送料、証明書料金等は助成対象外です。

申請に必要なもの

- 1 申請書（窓口にあります、又はホームページからダウンロードできます）
両面に、もれなくご記入ください。
- 2 申請者（対象者）の住所が市内にあることがわかる書類（マイナンバーカード、資格確認書など）
- 3 がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- 4 補整具の購入の領収書の写し及びその明細書の写し
購入日、購入金額、宛名（申請者の氏名）、販売店名、補整具等の物品名（医療用ウィッグ購入費、乳房補整具購入費等）の記載のあるもの
- 5 その他、市長が必要と認める書類
 - ・申請者名(対象者名)と領収書の氏名が異なる場合は任意の様式の理由書が必要です
- 6 ほかに窓口を持参いただくもの（請求書の記入にあたり必要となるもの）
 - ・印鑑(認め印)(シャチハタ不可)
 - ・交付金の振込を希望する預金口座（申請者名義）の通帳の写し
 - ・申請者(対象者)名義以外の口座に入金希望の場合は委任状が必要です

その他

消えないボールペンまたはペンですべて記載してください。

申請者（対象者）に市税及び分担金、使用料その他の滞納がある場合は、交付できません。

提出・問い合わせ

伊那市役所健康推進課保健係

電話 0265-78-4111（内線 2335）