

伊那市こどもアピアランスケア助成金交付事業のご案内

目的

ウィッグやエピテーゼ等の医療用補整具を必要とするこどもさんの、社会参加と生活の質の向上を目的に購入又は貸与費用の一部を補助します。

対象と助成金額と回数

※令和 8 年 4 月 1 日以降に購入等した物が対象です。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、病気の治療、先天的な身体的特性、事故による外傷等で、ウィッグやエピテーゼ等の医療用補整具を必要とするこども（※出生の日から 18 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日までの方）

助成対象区分について毎年度各 1 回ずつ、購入又は貸与の費用の 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） 未成年の場合は、法定代理人による申請が可能です。
両面にもれなくご記入ください。
- 2 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 病気の治療、先天的な身体的特性、外傷等により、補整具を必要としている又は必要となることを見込まれることを医師が判断した書類の写し
- 4 補整具の購入又は貸与の費用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、補整具等の物品名（医療用ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費等）の記載のあるもの
- 5 その他、市長が必要と認める書類
- 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

その他

消えないボールペンまたはペンで記入してください。

対象者の世帯の方に市税及び分担金、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）