

## 「川崎町アピアランスケア推進事業」のご案内

「アピアランスケア」とは、がん患者やがん経験者のがん治療に伴う、外見の変化に対して「外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の方の苦痛を軽減するケア」を行うことが“アピアランス（外見）”ケアです。

### (医療用ウィッグ等、補整具等の購入費助成)

#### 対象者

次のすべての要件に該当する方

- 川崎町に住民票がある方
- がんと診断され、現在治療中または過去に治療を受けたことがある方

#### 対象となる用具

- 医療用ウィッグ等

医療用ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子

- 補整具等

補整パッド、補整下着、専用入浴着、弾性着衣（弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ）、エピテーゼ（補整用人工物）

#### 助成額

- 医療用ウィッグ等の購入額の合計の半額（千円未満切り捨て）又は 2 万円のいずれか低い額
- 補整具等の購入額の合計の半額（千円未満切り捨て）又は 1 万円のいずれか低い額

## 申請期限

●助成対象となる用具を購入後、支払い日の属する年度の末日（3月31日）までに申請書を提出

※ただし、がん治療や症状の悪化などのやむを得ない事情により、申請できない場合は、翌年度に申請を行うことができます。

## 申請から助成までの流れ

### 1. 申請書について

川崎町アピアランスケア推進事業助成交付金申請書を提出（様式は町ホームページに掲載しています。）

#### 【添付書類（写し可）】

#### ① がん治療を受けたこと又は現に受けていることがわかる書類

手術や化学療法の同意書、治療方針計画書、診療明細書等

#### ② 用具の購入に係る領収書等

購入日、品目、金額、個数が記載されている

領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、領収内訳書等の内訳が確認できる書類

### 2. 支給決定の通知

申請内容を審査し支給を決定した場合は、支給決定通知書送付します。

### 3. 助成金の支払い

指定された口座に助成金を支払います。

## 『お問い合わせ先・申請先』

川崎町保健センター（川崎町役場 健康づくり課）

〒827-0004

福岡県田川郡川崎町大字田原 804 番地

TEL 0947-72-7083 FAX 0947-72-7083