

甲佐町がん患者アピアランスケア推進事業・ 甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業のお知らせ

町では、がん患者さんの治療や療養生活における身体的・心理的・経済的負担の軽減と生活の質の向上を図るため、新たに2つの事業を開始しました。詳しくは、担当課までお問い合わせください。

1. がん患者アピアランスケア推進事業

— がん患者さんのウィッグや乳房補整具などの購入費用の一部を助成します —

(1) 助成対象者（以下のすべてを満たす人）

- ・ 甲佐町に住民票があり、居住している人
- ・ がんと診断され、その治療に起因する脱毛、乳房の手術などに伴い、ウィッグなどのアピアランスケア用具が必要な人
- ・ 町税の滞納がない人
- ・ 他の自治体での助成や他の法令に基づく助成を受けていない人

(2) 助成の対象となる用具

- ① ウィッグなど（ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子など）
- ② 乳房補整具など（補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房など）

※ いずれも **令和7年4月1日以降に購入した用具が助成対象**となります。

(3) 助成額

- ① ウィッグなど
購入費用の2分の1（上限5万円）
- ② 乳房補整具など
購入費用の2分の1（上限10万円）

※ 助成は①・②それぞれ1人1回限りです。

(4) 申請に必要な書類

- ・ 甲佐町がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書
- ・ がん治療を受けたこと、または受けていることがわかる書類
- ・ 用具の購入に係る領収書及び明細書
- ・ 助成対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証）の写し
- ・ 振込先口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード）の写し

※ 代理の方が申請することができる場合もあります。その際は、委任状や代理の方の本人確認書類なども必要となります。

※ 申請書兼請求書などの提出後、町が認めた場合のみ、助成を受けることができます。

(5) 申請期限

用具を購入した日の翌日から1年以内（必着）

2. 若年がん患者在宅療養生活支援事業

— 若年がん患者さんの在宅療養に必要なサービス費用の一部を助成します —

(1) 助成対象者（以下のすべてを満たす人）

- ・ 甲佐町に住民票があり、居住している人
- ・ 対象サービス利用時に18歳以上40歳未満の人（18歳または19歳で、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けている人は除く。）
- ・ がんと診断され、介護保険法の要介護認定または要支援認定を受ける状態と同等と判断される人
- ・ 町税の滞納がない人
- ・ 他の自治体での助成や他の法令に基づく助成を受けていない人

(2) 助成の対象となるサービス

- ① 訪問介護 ② 訪問入浴介護 ③ 福祉用具貸与 ④ 福祉用具購入

※ いずれも **令和7年4月1日以降に受けたサービスが助成対象**となります。

(3) 助成額

①～③：1か月あたりのサービス費用額に10分の9をかけた額と6万円のいずれか少ない方の額

④：購入費用額に10分の9をかけた額と6万円のいずれか少ない方の額

※ **④の助成は1人につき1回限り**です。

(4) 申請に必要な書類

- ・ 甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書
- ・ 甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書

※ 申請書などの提出後、町が利用の可否を決定し、申請者にお知らせします。利用が承認された方のみ助成を受けることができます。

※ 申請の際に、手続きに対する受任者を指定することができます。受任者を指定すると請求の手続きなどは受任者が行うこととなります。

(5) 請求に必要な書類

- ・ 甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業実績報告兼補助金請求書
- ・ サービスの利用に係る領収書及び明細書
- ・ 請求者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証）の写し
- ・ 振込先口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード）の写し

(6) 請求期限

サービスを利用した日が属する月の月末から起算して1年を経過する日まで（必着）