

西郷村アピアランスケア 助成事業のご案内

がんの治療による
外見の変化に
お困りの方

西郷村では、がん患者の方の治療及び社会参加の両立を支援し、がん治療によってアピアランス（外見）の変化を補うため、ウィッグ等の補整具を購入したがん患者の方に、購入費用の一部を助成します。

対象になる方

（次のすべてに該当する方）

- 西郷村に住所を有する方
- がんと診断され、がん治療を受けた方
または、過去に受けた方
- がん治療に伴う外見の変化により、
アピアランスケアが必要な方
- 村税等の滞納がない方

対象補整具及び補助額

- 医療用ウィッグ 上限20,000円

（全頭用かつらに限り、付属品等を含みません。）

- 乳房補整具 上限10,000円

（左・右の補整パッド又は装着型人工乳房に限り、
乳房補整具の下着は含みません。）

※補装具の購入に要した金額が上限に満たないときは、
購入に要した額となります。（千円未満切り捨て）

助成回数

1人につき、補整具の種類ごとに1回

【申請先・お問合せ窓口】

西郷村大字熊倉字折口原 40 番地
西郷村健康ほけん課
健康増進・保健G TEL0248-25-1115
メール hoken@vill.nishigo.lg.jp

申請方法

下記の①～④の**必要書類**を揃えて
健康推進課に申請してください。

【必要書類】

- ① 西郷村アピアランスケア支援助成事業利用申請書兼請求書
- ② 診断書の写し、治療計画書の写し等、がん治療を受けていたこと、または受けていることが確認できるもの
- ③ 補整具を購入したことが確認できる領収書の写し
- ④ 運転免許証の写し等、現住所が確認できるもの

※福島県がん患者支援事業（アピアランスケア助成事業）を申請した方又は、申請を検討している方はお知らせください。

申請期限

申請できるものは、購入日の翌日から1年以内のものになります。

対象となるウィッグとは？

全頭用が対象です。なお、くしやクリーナーなどの
ケア用品・医療用帽子は対象外です。

対象となる乳房補整具とは？

補整パッド、人工乳房（肌に密着させて使うもの）
が対象。

