

赤磐市アピアランスケア 助成事業のご案内

対象者

次の全てに該当する方

1. 赤磐市に住民票がある方
2. がんと診断され、がん治療を現在受けている方または過去に受けた方
3. がん治療により以下のいずれかに該当する方
 - ・脱毛が生じたもしくは生じるおそれがありウィッグを購入した方
 - ・乳房の切除により乳房補整具が必要になったもしくは必要になると想定し、乳房補整具を購入した方
4. 市税の滞納がない方
5. 過去に他の自治体において同種の助成等を受けていない方

対象補整具

購入日の翌日から起算して1年以内に限ります。

1. 全頭用ウィッグ1台（装着用ネット1枚分含む）
2. 乳房補整具
 - ・補整下着（パッドも含む）
 - ・人工乳房（体内に埋め込まれるものを除く）

助成回数・ 金額

対象者1人につき、ウィッグ・乳房補整具それぞれ1回限り
購入費用の2分の1（上限30,000円）※1,000円未満は切り捨て

申請方法

1. 必要書類
 - ①赤磐市アピアランスケア助成事業助成金交付申請書（様式第1号）
 - ②がんの診断および治療内容がわかる書類（コピー可）
 - ③購入にかかる書類（コピー可）
購入年月日、購入品名、購入金額とその内訳、台数
例：領収書など
 - ④振込先口座が確認できる書類の写し
例：通帳を開いた最初のページのコピー、キャッシュカードのコピー
2. 1. の必要書類を健康増進課に提出する
- ※申請期限：購入日の翌日から起算して1年以内
3. 市が審査・助成額を確定して通知

本事業の詳細および必要書類のダウンロードは
ホームページをご覧ください



問い合わせ先

赤磐市健康増進課

〒709-0898 赤磐市下市344

TEL：086-955-1117（平日8：30～17：15）