

草津市からのお知らせ

がん患者のアピアランスケア 支援事業助成金のご案内

草津市では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がよりよいものになるよう、**ウィッグ**や**帽子**、**乳房補整具**の購入経費の一部を助成する事業を行っています。

♣ 助成を受けることができる方

- ・申請日時時点で、**1年以上**草津市に住民票がある方
- ・副作用による脱毛のある方、手術による乳房切除を行った方
- ・他の法令等に基づく助成等を受けていない方

♣ 助成対象経費

助成の対象となるのは、以下の補整具の購入に係る費用です。

- ① **医療用等ウィッグ本体**（皮膚保護ネットを含む）、または**帽子**
- ② **乳房補整具**（補整下着、補整パッド、人工乳房を含む）

♣ 助成金額

- ・購入費用の**半額**（上限10,000円）
- ・助成対象者**1人につき、上記補整具①②それぞれ、1回**限りです。

♣ 申請期限

購入した翌日から1年以内

各がんや療養生活について

がん情報についてのホームページです。ぜひご覧ください。



『がん情報しが』

『国立がん研究センターがん情報サービス』



『草津市ホームページ がんとともに生きる』療養情報、相談窓口等のリンクにアクセスできます。

冊子『滋賀の療養情報』

健康増進課窓口で冊子を配布しています。

（※数に限りがあります）



がんの相談については 7 ページを、小児ウィッグ無償提供については 38 ページをご覧ください。



がん相談窓口のご案内

医療圏	施設名	名称 / 連絡先
湖南	滋賀県立総合病院	がん相談支援センター TEL：077-582-8141
	淡海医療センター （旧 草津総合病院）	がん相談支援センター TEL：077-516-2511
	済生会滋賀県病院	がん診療支援センター TEL：077-552-1221



申請方法については裏面をご覧ください！

❖ 申請方法

下記の必要書類等を健康増進課の窓口**持参**、または**郵送**してください。
申請書兼請求書は市ホームページからダウンロードしていただくか、もしくは健康増進課の窓口でお受け取りいただけます。

～必要書類～	
窓口申請の場合	郵送申請の場合
①草津市がん患者のアピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書	①草津市がん患者のアピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書（押印のこと）
②本人確認書類（顔写真つきの物は１点、顔写真の無い物は２点）の提示または、コピー提出	②本人確認書類（顔写真つきの物は１点、顔写真の無い物は２点）のコピー提出
③振込先口座（本人名義）の提示または、コピー提出	③振込先口座（本人名義）のコピー提出
④ウィッグ等の補正具を購入したことがわかる領収書等のコピー提出（下記参照）	④ウィッグ等の補正具を購入したことがわかる領収書等のコピー提出（下記参照）
⑤抗がん剤治療や乳房切除手術を証明する書類のコピー提出（お薬手帳、診療証明書、治療方針計画書等の薬剤名・治療内容が分かるもの）	⑤抗がん剤治療や乳房切除手術を証明する書類のコピー提出（お薬手帳、診療証明書、治療方針計画書等の薬剤名・治療内容が分かるもの）
⑥印鑑	
（委任状・代理人の本人確認書類）※必要時	（委任状・代理人の本人確認書類）※必要時

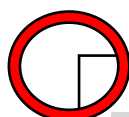
～委任状について～

※申請書の申請者や振込先、領収書宛名等が助成対象者と異なる場合は、委任状が必要です。

代理人は本人確認書類の提示または、コピー提出をお願いします。

❖ 申請時の留意点

「領収書」に、**購入先名**、**購入日**のほかに、**申請者の氏名**、**品目**が記入されているかをご確認ください。※１年以内に購入された複数の領収書も可



領 収 書

〇〇 〇〇 様 〇〇年〇〇月〇〇日

金額 △△△△△ 円

上記正に領収いたしました。

但し、**(例) ウィッグ代として**

株式会社〇〇



領 収 書

〇〇年〇〇月〇〇日

金額 △△△△△ 円

上記正に領収いたしました。

株式会社〇〇

申請先・お問合せ先

草津市役所 健康福祉部 健康増進課
 〒525-8588 草津市草津三丁目13-30
 電 話：077-561-2323
 F A X：077-561-0180

