

大牟田市 アピアランスケア用品 購入費助成のご案内



申請期限

購入した日の翌日から換算して1年以内

助成対象者

*右記のすべてに該当する方

- ①大牟田市市内に住所を有する人
- ②がんと診断され、がんの治療を受けた人、または現に受けている人
- ③本事業において補助金の交付を受けたことがない人
また、他の同種の補助などを受けたことがない人

補助内容

補助対象は医療用ウィッグ等、補整具などとし、区分毎にそれぞれ1回まで



*購入の際に要した送料や振込手数料、本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象外です。

区分	用具	補助
医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	購入額の合計の1/2 (1円未満切り捨て) 上限2万円
	装着ネット	
	毛付き帽子	
補整具等	補整パッド	購入額の合計の1/2 (1円未満切り捨て) 上限1万円
	補整下着	
	専用入浴着	
	弾性着衣(弾性ストッキング他) エピテーゼ(補整用人工物)	

申請の手続き



書類名		注意事項など
大牟田市アピランスケア推進事業 助成金交付申請書兼実績報告書		様式第1号
添 付 書 類	治療を証明する書類	がん治療(化学療法、放射線治療、外科治療)が原因で脱毛、外見の変化、浮腫等が起きることを証明する書類で、医療機関名及び治療法、抗がん剤名等が記載されているもの。 診療明細書、治療方針計画書、抗がん剤使用の同意書、お薬手帳等。
	用具の購入に係る領収書 及び明細書(原本)	○宛先(補助対象者)、購入日、購入金額、購入物、金額の内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載されているもの。 ○領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、領収書内訳内容が確認できる書類も提出してください。
	振込先口座が確認できる 書類	銀行名、支店名、名義、口座番号が確認できるもの(通帳など)の写し(コピー) ※振込み口座は、補助対象者名義の口座に限ります。
	請求書	市指定の請求書

●申請書(様式第1号)を作成し、添付書類を添えて、健康づくり課までご持参下さい。

ホームページは
こちら

※申請に必要な書類は、健康づくり課で配布しています。
また、大牟田市ホームページから申請書類をダウンロードできます。
「大牟田市アピランスケア事業」で検索してください。



～注意事項～

- ①補助は対象者1人あたり1区分1回限りです。
- ②ウィッグのみでなく胸部補助用具も購入した場合や、ウィッグを複数購入した場合は、1回にまとめて申請してください。
- ③他の法令等に基づく同種の助成を受けている人は対象となりません。



大牟田市健康づくり課(平日8:30~17:15)

TEL: 0944-41-2668