

福島県アピランスケア助成事業について

がんになっても自分らしく生きることのできる社会の実現に向け、がん治療と就労や社会参加の両立及び補整具購入に伴う経済的負担の軽減を図るため、補整具の購入費用の一部を補助します。

補助対象補整具・補助額・対象者

1 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。)

(上限額未満であっても補助対象の補整具は1つに限ります。)

対象者は以下の項目を全て満たす方

- (1) がんと診断され、がん治療を受けた方又は受けている方
- (2) がん治療に伴い脱毛し、又は脱毛するおそれがあり、ウィッグを必要とする方
- (3) 申請時に福島県内に住所を有する方
- (4) 以前に福島県でアピランスケア助成事業により、ウィッグ購入費用の補助を受けていない方

2 乳房補整具 上限10,000円

(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。)

(上限額未満であっても補助対象の補整具は1つに限ります。)

(左右両方の場合は、それぞれで上限10,000円。)

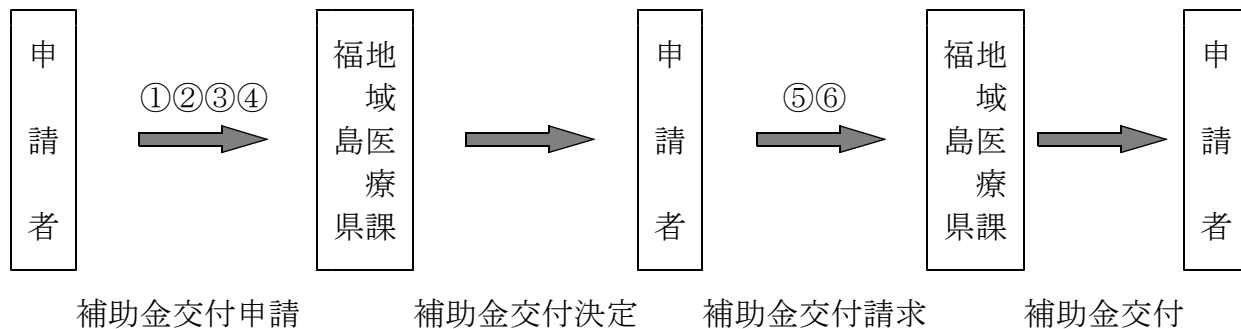
対象者は以下の項目を全て満たす方

- (1) がんと診断され、がん治療を受けた方又は受けている方
- (2) がん治療に伴い乳房を切除し、乳房補整具を必要とする方
- (3) 申請時に福島県内に住所を有する方
- (4) 以前に福島県でアピランスケア助成事業により、同一部位で乳房補整具購入費用の補助を受けていない方

※いずれも令和2年4月15日から令和3年3月24日までに購入した補整具が対象。

※上記1及び2の重複補助は可。

申請の流れ



【提出書類】①申請書、②診断書の写し、治療計画説明書の写し等、③領収証、④住民票等、⑤請求書、⑥通帳の写し

申請期限

令和3年3月24日（水）まで ※郵送の場合は当日消印有効

提出先・問合せ先

【提出先】〒960-8670 福島市杉妻町2番16号
福島県保健福祉部地域医療課

【問合せ先】月曜日～金曜日 8:30～17:15（祝日を除く）
TEL 024-521-7221

よくあるご質問

【問】ウィッグは医療用に限られますか。

【答】医療用か否かは問いません。

【問】レンタルで使用するウィッグは補助対象になりますか。

【答】補助対象になりません。

【問】申請に年齢制限はありますか。

【答】年齢制限はありません。

なお、未成年者の場合は保護者の申請となります。

【問】改めてウィッグを購入する場合も補助対象になりますか。

【答】本県で初めて補助を受ける場合は対象となります。

【問】補整具に係る消費税は補助対象になりますか。

【答】対象になります。

【問】送料や振込手数料は補助対象になりますか。

【答】対象になりません。