



アピランスケア推進事業

がん患者やがん経験者のがん治療に伴う心理的負担を軽減するとともに、社会参加を促進し療養生活の質の向上を図るため、医療用ウィッグや補整具などの購入費用の一部助成をはじめます。

対 象	対象となる用具	助 成 額
次の(1)~(4)すべてに該当する人 (1)本市に住所を有する人 (2)がんと診断され、がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法など）を受けたことがある人、または現に受けている人 (3)世帯の市町村民税のうち所得割課税年額23万5千円未満である人 (4)市税などの滞納がない人	(1)医療用ウィッグなど ○医療用ウィッグ ○装着用ネット ○毛付き帽子 (2)補整具など ○補整パッド ○補整下着 ○専用入浴着 ○弾性着衣 (弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ) ○エピテーゼ（補整用人工物）	○医療用ウィッグなど 購入額の合計の半額（千円未満切り捨て）または2万円のいずれか低い方の金額 ○補整具など 購入額の合計の半額（千円未満切り捨て）または1万円のいずれか低い方の金額

●提出書類

- 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
- 診療明細書の写しなどがんの治療（手術、薬物治療、放射線療法など）を受けたこと、または受けていることが分かる書類
- 用具の購入に係る領収書の写しおよびその明細書の写し
- 申請者および助成対象者の本人確認ができる書類

【注意】過去に県内で同事業による助成を受けたことがある場合や、他の助成事業を活用する場合などに、本事業の対象とならないことがあります。詳しくは問い合わせください。

◆問い合わせ 保健福祉課福祉政策係 (☎85-7118)

ひとり親家庭等医療費支給制度

本市では、母子家庭、父子家庭および父母のいない家庭の子がけがや病気で病院にかかった場合の医療費を助成しています。

対 象	母子家庭の母親と子、父子家庭の父親と子、父母のいない家庭の子 ※18歳未満の子どもがいる家庭が対象 「18歳未満」とは、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの期間を含みます。
所得制限	児童扶養手当と同じ ※本人と扶養義務者の所得で計算します。
自己負担額	通院：月800円(上限)、入院：1日500円(月3,500円上限) ※いずれも1医療機関ごとの金額です。 ※薬局での自己負担額はありません。 ※入院中の食事代や差額のベッド代、薬の容器代・文書料などの保険が適用されない費用は助成の対象なりません。

※助成を受けるためには申請が必要です。詳しくは問い合わせください。

注意 8月31日(木)までに更新手続きが必要です

受給者のみなさんが現在持っている「ひとり親家庭等医療証」の有効期限は原則として9月30日(土)です。8月上旬までには更新に関する通知書を送付します。必ず期限までに窓口で更新の手続きをお願いします。なお、更新の手続きをしないまま、有効期限を過ぎると受給資格を喪失します。

●更新期限 8月31日(木)

●必要書類 ひとり親家庭等医療証、健康保険証(全員分)、児童扶養手当証書または年金証書、更新に関する通知書(8月上旬までに郵送します)



◆問い合わせ 市民課保険係[市役所1階⑪・⑫・⑬番窓口] (☎85-7140)