

がん患者のアピランスサポート事業

対象者

次の要件にすべて該当する方

- ①申請日において、高島市民の方
- ②がんの治療に伴う脱毛、手術による乳房切除に対処するために補整用具を必要とする方
- ③市税および国民健康保険税を滞納していない世帯の方

助成対象 補整具

医療用等ウィッグおよび帽子、乳房補装具（補整下着、シリコンパット等の胸部補整具、人工乳房）

助成額

補整用具の購入額（上限10,000円）

※助成金の交付は、補整用具の種類ごとに1回まで

申請期間

補整用具を購入した翌日から1年以内

申請場所

健康推進課

提出書類

- ①助成金交付申請書（様式第1号）

※市ホームページからダウンロードできます →



- ②請求書（様式第4号）

- ③がん治療を受けている、または受けていたことを証する書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）、ウィッグおよび帽子の場合は、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類

- ④補整用具の購入年月日および購入経費の明細を証する書類の原本（領収書等）

- ⑤振込先口座の通帳の写し

- ⑥印鑑

歯周病検診

対象者

40歳・50歳の方に受診券を郵送します（令和8年3月31日時点）

料金

500円

受診期間

令和7年5月1日～令和8年3月31日

受診方法

市内歯科医院に直接予約し、受診券を持って受診してください。



歯科医院を定期受診しましょう

歯ぐきが腫れて血が出る病状（歯肉炎）、炎症で歯を支える骨が溶ける病状（歯周炎）を合わせて歯周病といいます。



歯周病セルフチェック

- ☐ 朝起きた時に口がネバネバする
- ☐ 歯磨きで血が出る、歯肉が腫れている
- ☐ 口臭が気になる
- ☐ 歯がグラグラする

