

医療用ウィッグ・乳房補正具の購入費用を助成します がん患者医療用補正具購入費助成事業 のご案内

川辺町では、がん患者の方の治療と就労、社会参加等との両立を支援し、療養生活の質の向上を図るため、医療用補正具の購入費用の一部を助成します。

助成の対象となる方 以下の要件を全て満たす方

- (1) 補正具を購入した日及び申請時に川辺町に住所を有する方
- (2) がん治療を受けた方、又は現在受けている方
- (3) がんの治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、治療と就労、社会参加等との両立に支障が出る、又は出るおそれのある方
- (4) 申請を行う補正具について、他の自治体の助成金を受けていない方
- (5) 町民税等の滞納のない方

助成の対象となる経費及び助成額

助成の対象となる経費	助成額及び上限額
がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用ネットの購入費用	当該購入費用の額の2分の1（1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額、20,000円を上限とする）
がん患者の乳房補正パッド又は人工乳房の購入費用（それらを固定する下着の購入費用を含む）	同上

※助成はお一人につき、医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ1台ずつ、1回限りです。

※申請書の提出期限は、補正具を購入した日から1年以内ですのでご注意ください。

助成金の申請方法

次の必要書類等を川辺町保健センターへご持参ください。

- (1) 川辺町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書（様式第1号）
- (2) 当該申請に係る補正具の購入費用が確認できる領収書の原本
- (3) 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類
- (4) 振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかるもの（通帳など）
- (5) 印鑑

【申請・問い合わせ先】川辺町保健センター（TEL 53-2515）