

綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業

(R6年度～)

綾川町では、がんで治療を受けたみなさまの就労・就学や社会参加を応援し生活の質を高めることができるよう、購入したウィッグや補整具の購入費用の一部を助成します。

助成の対象となる方

次のすべての要件を満たす方です。

- ① 申請時に綾川町に住民票を有すること
(助成対象者であるご本人が亡くなられている場合は、亡くなられた日に住民票を有すること)
- ② 申請日時点で、同一世帯員全員が町税を完納していること
- ③ がんと診断され、その治療(手術・薬物療法・放射線治療)を受けた又は現在受けていること
- ④ がん治療に起因する脱毛又は乳房切除に伴い、医療用ウィッグや乳房補整具が必要であること
- ⑤ 対象補整具を購入した日の翌日から1年以内に助成の申請すること
- ⑥ 申請を行う補整具に対して、他の都道府県や市町村の助成を受けていないこと

助成の対象

対象者1人につき、補整具の種類ごとに1回限りです。

- ・ 医療用ウィッグ(全頭用)・・・頭皮保護用ネットを含む
- ・ 乳房(胸部)補整具・・・補整下着、人工乳房等

助成金額

- ・ 補整具の購入費(消費税を含む)の2分の1(千円未満の端数は切り捨て)
(購入の際に要した送料や振込手数料は対象外です)
- ・ 上限額 : 3万円

申請手続き

※購入日の翌日から1年以内に申請してください。

提出書類		注意事項
①	綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業補助金申請書(様式第1号)	原則、申請者欄は助成対象者ご本人名をご記入ください。(助成対象者が未成年者の場合を除く。)申請者ご本人が申請窓口に来られない事情がある場合は、ご本人から委任を受けた代理申請者が、窓口に来られた際に代理申請書類をご記入いただきます。
②	補助対象補整具の購入に係る領収書の写し	購入日、品名、金額、購入者氏名が確認できるもの
③	診療明細書等ががん治療を受領していることが分かる書類	医療機関発行の領収書の診療明細書、治療計画書、お薬手帳など
④	綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業【請求書】(様式第2号)	
⑤	現住所及び生年月日が確認できる書類	マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。申請者と助成対象者のいずれも必要。 代理申請者の場合、代理申請者の方も必要。
⑥	振込先の口座情報が確認できる部分の写し	原則、振込先は、助成対象者のものに限る。ただし、助成対象者が未成年の場合を除く。
⑦	債権者登録申請書	押印が必要。

申請後の流れ

申請書等の内容を審査し、承認したものに対して助成金を口座振込みで支給します。

お問い合わせ・書類請求・申請窓口

綾川町健康福祉課 えがお

TEL087-876-2525