

がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具の購入費一部助成について

がんの治療に伴う外見の変化による悩みを抱えるがん患者に対し、医療用ウィッグ及び乳房補整具の購入に要する経費の一部を補助することにより、がん患者の心理的及び経済的な負担を軽減するとともに、がん患者の治療及び就労の両立並びに療養生活の質の向上を図ることを目的とします。

対象となる方

次のすべてに該当する方

- (1) 申請日及び購入日の時点において益子町内に住所を有する方
- (2) がんと診断され、その治療を行っている方
- (3) がん治療に伴う脱毛、乳房の切除等により就労、社会参加、通院等への支障又は支障の出るおそれがあるために、補整具の使用を必要としている方
- (4) 町税を滞納していない方
- (5) 過去にこの要綱に基づく補助金の交付を受けていない方

対象となる補整具

- (1) 令和 5 年 4 月 1 日以降に購入したものであること
- (2) 就労、社会参加、通院等のために購入したものであること
- (3) 医療用ウィッグについては、がんの治療に伴う脱毛に対応するものであること

対象となる経費

- (1) 医療用ウィッグ 医療用ウィッグ本体の購入費(医療用ウィッグの装着時に皮膚を保護するための必要なネットを含む。)とし、附属品及びケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等をいう。)は、対象としない。
- (2) 乳房補整具 右側(補整下着、シリコンパット等の胸部補整具)
- (3) 乳房補整具 左側(補整下着、シリコンパット等の胸部補整具)

助成額

補整具の購入経費(消費税を含む。)に 10 分の 9 を乗じて得た額(100 円未満の端数がある場合は、これを切り捨てた額)

限度額

医療用ウィッグは 30,000 円 (1 回のみ)
右側乳房補整具は 20,000 円 (1 回のみ)
左側乳房補整具は 20,000 円 (1 回のみ)

申請に必要な書類

がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書及び益子町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付請求書に下記の書類を添付して申請してください。

添付書類

- (1) がん治療を受けている、又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)
- (2) 補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
- (3) 医療用ウィッグについては、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) ほかに補助金等の受給があるときはその交付決定通知書等（コピー可）
- (5) その他町長が必要と認める書類

申請期限

補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内

問い合わせ・がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書提出先

福祉子育て課 健康づくり係

益子町保健センター 電話 0 2 8 5 - 7 0 - 1 1 2 1