

がん患者医療用補正具 (医療用ウィッグまたは乳房補正具) 購入費助成について

がんになっても、これまでどおり安心して暮らし続けられる社会を構築するため、がん患者の療養生活の質の向上に向け、がんの治療に伴う外見の悩みに対して支援することを目的として、医療用補正具の購入費用の一部を助成しています。



対象者：(1)～(4)の要件をすべて満たす者

- (1) 補正具を購入した日及び申請日のいずれにおいても輪之内町に住所を有する者
- (2) がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けた者又は現に受けている者
- (3) がんの治療に伴い補正具が必要となる者
- (4) 申請を行う補正具について、他の自治体の助成を受けていないこと

助成対象経費・助成金の額・助成回数

助成対象経費	助成金の額	助成回数
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	費用の半額 （上限 3 万円）	1 回
がん患者の乳房補正パッド又は人工乳房及び固定する下着の購入費（右側）	上限 3 万円	年度に 1 回 通算 3 回まで
がん患者の乳房補正パッド又は人工乳房及び固定する下着の購入費（左側）	上限 3 万円	年度に 1 回 通算 3 回まで

※付属品（クシ、クリーナ等）や購入にかかった経費（送料、振込み手数料等）は対象外

※助成金の額に千円未満の端数が生じた場合は切捨て

手続き：保健センターに以下の書類を持って購入した日より6か月以内に手続きを行ってください。

手続きに必要なもの

- ・輪之内町がん患者医療用補正具購入費助成事業申請書
- ・輪之内町がん患者医療用補正具購入費助成金請求書
- ・領収書（補正具の購入費用の額が確認できるもの）
- ・診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
- ・振込先の分かるもの（通帳など）
- ・印鑑（スタンプ式でないもの）



問い合わせ先 輪之内町保健センター ☎ 69-5155 光IP電話 050-8026-8967