

がん患者の方へ

医療用補整具購入費を補助します

がん患者の方の経済的負担を軽減するため、アピアランスケア用品（医療用ウィッグや乳房補整具）の購入費の一部を補助します。

対象者 1～4のすべてに該当する方

1. 事業の申請日時点で、大口町に住所を有する方
2. がん等(※)と診断され、その治療を受けたまたは現在受けている方
※がん等とは、全国がん登録の届出対象となる疾患及び、造血幹細胞移植を実施する非がん疾患。
3. 治療に伴う頭髪の脱毛、または手術等による乳房の切除など外見の変化に対応する補整具を購入している方
4. 過去に県内市町村から、同様の補助を受けていない方

補助対象品 令和4年4月1日以降に購入したものに限りです。

補整具の種類	補助対象
① 医療用ウィッグ	治療による頭髪の脱毛に対応するために、一時的に着用する全頭用・部分用ウィッグ、頭皮保護用ネット。 ※頭皮保護用ネットは、ウィッグと同時申請する場合のみ対象。
② 乳房補整具	手術等による乳房の変化に対応するための補整下着、補整パッド、人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）

※補助対象品の個数は問いませんが、補助は①②各1回限りですので、複数購入した場合はまとめて申請してください。

補助金額

購入費用の**2分の1**（上限①②各2万円）

※1,000円未満切り捨て。補助回数は1人につき①②各1回限り。

申請期限

補整具を購入した日の翌日から**1年以内**

申請書類

健康課で手続きをしてください。

交付申請書兼請求書	大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書は、大口町のホームページからダウンロード、または窓口でお申し出ください。
領収書(原本)	申請者氏名、購入日、購入金額、品名、領収書発行者の名称の記載があるもの
治療を証明する書類	お薬手帳・治療方針計画書・同意書など
振込先がわかるもの	申請者名義の通帳など
本人確認書類	運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど
委任状	補助対象者本人以外の方が申請する場合に必要です。 (補助対象者が未成年で保護者が申請する場合は不要です。)

【申請・問い合わせ先】 大口町健康課（大口町伝右一丁目35番地） ☎(0587)94-0053

申請書の記載方法

「大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書（様式第1）」は大口町ホームページからダウンロードできます。

<記載例>

様式第1（第5条関係）

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

令和〇年 〇月〇〇日

大口町長 様

申請者 住 所 大口町××〇-〇
 (請求者) 氏 名 大口 はゆ子
 補助対象者との続柄 本人
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 申請（請求）内容

対象者	ふりがな		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 50年 〇月〇〇日
がんの治療状況	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	医療機関名	***病院	
がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等に伴う乳房変形を証明する書類	疾患名	乳がん	
	治療方法	手術・放射線・ 薬剤 ・その他()	
	お薬手帳・治療方針計画書・同意書・その他()	※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具
	補整具について過去の補助の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・有
	購入年月日(領収書添付)	令和〇年 〇月〇〇日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	大口 はゆ子(続柄 本人)	(続柄)
補助対象額	購入費用	① 32,500 円(税込)	② 円(税込)
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額,1,000円未満の端数切捨て。)	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額,1,000円未満の端数切捨て。)
補助金交付申請額 (③+④)		16,000 円	

※裏面も記入してください

対象者本人が申請することを原則としますが、代理申請も可能です。(委任状が必要)ただし、対象者が未成年の場合は保護者を申請者とし、委任状は必要ありません。

日中、つながりやすい電話番号を記入してください。

がん治療を証明する書類に○をつけ、その写しを添付してください。脱毛原因の治療内容(抗がん剤名等)が確認できるお薬手帳の該当ページや診療明細書、乳房切除手術や薬物療法などの治療方針計画書や同意書などが対象となります。

「有」の場合は、助成対象となりません。

助成は①医療用ウィッグ、②乳房補整具、各1回限りです。個数は問いませんので、ウィッグ等を複数購入した場合は、申請を1回にまとめて合計額を記入してください。

<裏面>

2 振込先

振込口座	金融機関名	** 銀行 ・信用金庫 信用組合・農協 **	本店 支店 出張所
	フリガナ	オオグチ ハナコ	預金の種別 普通 ・当座
	口座名義人	大口 はゆ子	口座番号 〇〇〇〇〇〇

<確認事項・同意事項>

私は、他市町村から同種同額の補助金等の交付を受けていません。

私は、町が保有する申請内容に関する個人情報を閲覧することに同意します。

申請者名義の振込先口座を記入してください。

確認のうえ、✓を記入してください。

Q&A

Q. 医療用ウィッグについて、補助対象となるものは何ですか？

全頭用・部分用ウィッグが対象となります。また、ウィッグと同時に申請する場合のみ頭皮保護用ネットも対象とします。くしやクリーナー等の付属品は対象となりません。

Q. がん治療を受けた日が3年前ですが、対象となりますか？

治療を受けた時期は問いません。現在、治療に伴う外見の変化があり、補整具を令和4年4月1日以降に購入し、購入後1年以内の申請であれば対象とします。