

大治町がん患者アピアランスケア支援補助金のご案内

抗がん剤治療による脱毛などに伴うアピアランス（外見）の変化に悩む方を支援するため、医療用ウィッグ・乳房補整具の購入費用を助成します。

1. 対象者

下記の4項目すべてに当てはまる方

- ① 申請日に大治町に住所を有する方
- ② がんと診断され、その治療を受けた又は現在受けている方
- ③ がん治療に起因する脱毛又は外科的治療等による乳房の変形に対する補整具を購入していること
- ④ 過去に県内市町村から、同種の補整具について補助を受けていないこと

2. 対象品

- (1) 医療用ウィッグ（同時購入の頭皮保護用ネット含む）
- (2) 乳房補整具（補整下着、補整パッド又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。））

3. 補助額

購入費用の2分の1（上限（1）（2）各2万円）

※1円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額

※補助回数は1人につき（1）（2）各1回限り（複数購入の場合は、まとめて申請してください。）

4. 申請期限

補助対象品を購入した日の翌日から1年以内

※令和4年4月1日以降に購入したものが対象です

5. 申請書類・持ち物等（①、②は保健センターまたは町ホームページから入手できます。）

- ①大治町がん患者アピアランスケア支援補助金申請書（様式1）
- ②大治町がん患者アピアランスケア支援補助金請求書（様式4）
- ③治療を証明する書類（診療明細書、治療方針計画書、同意書、お薬手帳など）（コピー可）
※下記の内容がわかるものが必要です
ウィッグの場合：ご本人名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）、医療機関名が記載されているもの
乳房補整具の場合：ご本人名、乳房変形を伴う治療内容、医療機関名が記載されているもの
- ④領収書（原本）
※申請者又は補助対象者の氏名、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
- ⑤振込先のわかるもの
※申請者名義の預金通帳やキャッシュカードなど
- ⑥委任状（補助対象者本人以外の方が申請する場合のみ）
※原則、申請者は補助対象者としますが、やむを得ない理由で自ら申請等を行うことができない場合のみ、ほかの人へ委任することができます。（補助対象者が未成年で保護者が申請する場合を除く）

大治町保健センター健康館すこやかおおはる

電話/052-444-2714 開館時間/平日 8:30~17:15