

がん患者の皆様へ

医療用ウィッグ・乳房補正具等の 購入費用を助成します

朝日町では、がん患者の皆様の就労や社会参加支援及び療養生活の質の向上を
目的に医療用ウィッグ・乳房補正具の購入費用の一部を助成します。

■対象となる方

- ・申請日において朝日町に1年以上住所を有する方
- ・がん治療を受けている方、または受けた方
- ・がん治療に伴う脱毛や乳房切除により補正具を購入した方
- ・町税等の滞納がない方（対象者が未成年の場合はその保護者）

R6.10月より
県の助成金額が
上乘せされます！

■対象補正具・助成額（R6.10月以降の県の上乗せ分を含んだ額）

補正具	購入額	助成額
ウィッグ	40,000円未満	(1)と(2)の合計額 〔(1) 購入額の2分の1(1,000円未満切り捨て) (2) (1)の額の2分の1〕
	40,000円～59,999円	購入額の2分の1(1,000円未満切り捨て)に 10,000円を加算した額
	60,000円以上	40,000円
乳房補正具	20,000円未満	(1)と(2)の合計額 〔(1) 購入額の2分の1(1,000円未満切り捨て) (2) (1)の額の2分の1〕
	20,000円～39,999円	購入額の2分の1(1,000円未満切り捨て)に 5,000円を加算した額
	40,000円以上	25,000円

*助成は補正具1種類につき、1年度（4月1日から翌年3月31日の期間）当たり1回を限度とします。

*交付申請の期限は、補正具を購入した日から1年以内とします。

*同種の他の助成を受けている場合は、購入費用よりその助成額を除いた額を助成対象経費とします。

■申請方法

「朝日町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書」に必要事項を記入し、下記の書類を添えて、朝日町保健センターまで提出してください。（郵送可）

<添付書類>

- ① 補正具の購入に係る領収書の写し
- ② がん治療を受けている又は受けたことが分かる書類の写し（化学療法または手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等）
- ③ 振込先金融機関口座確認書類（通帳やキャッシュカードの写し）
- ④ 同種の他の同種の他の助成金を受けている方は、その交付額が分かる書類

■申請・問い合わせ先

朝日町保健センター 〒939-0746 朝日町荒川262-1 TEL：83-3309