

医療用ウィッグ・乳房補正具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。

1. 対象者（次の項目すべてに該当する方）

- ・申請日において朝日町に1年以上住所を有している方
- ・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または乳房切除により、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）

2. 助成の対象となる補正具と助成額

補正具		助成額	上限額
医療用 ウィッグ	ウィッグ本体 （ケア帽子及び頭皮保護用ネット含む）	購入費用の 2分の1 （1,000円未満切り捨て）	30,000円
乳房補正具 （右側）	補正パッドまたは人工乳房 （補正パッドや人工乳房を購入した場合は、これらを固定する下着も含む）		20,000円
乳房補正具 （左側）			20,000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。（令和5年4月1日以降に購入した補正具が対象）

*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。

3. 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 同種の他の助成金を受けている方は、その交付額が分かる書類

<お問い合わせ> 朝日町保健センター 〒939-0746 朝日町荒川262-1 TEL 83-3309

