

白川町がん患者医療用補正具購入費助成事業について

～医療用ウィッグ・乳房補正具の購入費用を助成します～

がん患者の方の治療と就労、社会参加等との両立を支援し、療養生活の質の向上を図るため、医療用補正具の購入費用の一部を助成します。

【対象となる方】 以下の要件を全て満たす方

1. 補正具を購入した日（令和2年4月1日以降）及び助成金の交付申請時に町内に住所を有している方
2. がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けた方又は現在受けている方
3. がんの治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、治療と就労、社会参加等との両立に支障が出る又は出るおそれがある方
4. 申請を行おうとする補正具について、他の市町村の助成を受けていない方
5. 町税その他これに準ずる納付金の滞納がない方

【対象となる経費及び助成額】

助成の対象となる経費	助成額及び上限額
がん患者の方の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費用	購入費用額（千円未満の端数を切り捨てた額）とし、上限は2万円とする。
がん患者の方の乳房補正パッド又は人工乳房及びそれらを固定する下着の購入費用	

- ❖ 助成はお一人につき、**医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ1台ずつ、1回限り**です。（ただし、**再発又は別の部位の治療**を受けた場合はこの限りではありません。）
- ❖ 附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）は、対象となりません。

【申請方法】

所定の助成金交付申請書兼請求書に必要書類を添付し、保健福祉課へご提出ください。なお、助成金交付申請書兼請求書の提出期限は、**補正具を購入した日から1年以内**とします。

〈提出書類〉 印鑑（認印）をご持参ください。 <input type="checkbox"/> 白川町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号） <input type="checkbox"/> 補正具の購入費用額が確認できる領収書の原本 <input type="checkbox"/> 診療明細書等がんの治療を受けていることがわかる書類
--

- ❖ 申請に必要なとなる書式は白川町のホームページからダウンロードできます。

【注意事項】

1. 助成金交付の可否は、文書で通知します。
2. 書類に不備がある場合又は提出期限を過ぎた場合助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
3. 助成金は申請者が指定した口座に振り込みます。

（裏面へ） ➡

【確認事項】

本事業は、申請を行う補正具の購入費用について、他の市町村が実施する助成との重複申請はできません。転入された方について以前にお住いの自治体に助成金の交付状況を照会するなど、下記の事項について、本町が照会・確認させていただくことがありますので、ご了承ください。

1. 補正具を購入した日及び助成金の交付申請時に町内に住所を有していることを確認すること。
2. 対象者の納税状況に関する資料を確認すること。
3. 本事業の助成金交付状況について、本町が他自治体へ照会すること。
4. 本事業の助成金交付状況について、他自治体から本町に照会があったときに、これに回答すること。

【個人情報の取扱いについて】

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び本町のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

【申請・お問い合わせ先】

必要書類を用意し、下記窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで）8時30分～17時15分

白川町役場保健福祉課保健係 〒509-1105 白川町河岐1645番地1（町民会館内）
電話 0574-72-2317（内線361・362）

