

田尻町

がん患者アピアランスサポート事業



がん患者さんの治療の副作用による脱毛症や乳房切除などの外見の変化による悩みや経済的負担を軽減するために、医療用ウィッグや乳房補正具の購入費用の一部を助成いたします。

対象者

- ①購入日及び申請時に田尻町内に住民登録のある者
- ②がんと診断され、がん治療を過去に受けた又は現に治療中の者
- ③過去にこの助成金を受けていない者（他市町での助成等を含む）
- ④世帯全員が町税の滞納がないこと

助成内容

医療用ウィッグ・乳房補正具の購入費用

- ※それぞれ1人1回限り（乳房補正具は左右の乳房切除毎に1回ずつ）
※対象品は裏面をご覧ください

助成金額

購入費用の1/2（上限1万円まで助成）

申請方法：申請書兼請求書に必要事項を記入し、下記の書類を添付し健康課へご提出ください。補助具は令和5年4月1日以降に購入し、購入した日の翌日から起算して1年以内が対象です。

提出書類

- ① 田尻町がん患者医療用ウィッグ等購入費用助成金交付申請書兼請求書
- ② がん治療を受けているまたは過去に受けたことを証明する書類
（化学療法または手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など）
- ③ 購入した医療用ウィッグ・乳房補正具の領収書
※右記の記載があるもの：購入者（助成対象者）の氏名・購入額・購入日
・品名（医療用ウィッグや乳房補正具等の記載があるもの）・発行元

申請書は健康課窓口または町のホームページからもダウンロード可能です。

< 対象の補助具について >



● 医療用ウィッグ

ウィッグ（装着時に皮膚を保護するインナーキャップを含む）または毛付き帽子、その他の帽子

● 乳房補正具

乳房補正下着（一緒に使用するパットを含む）、人工乳房・人工乳頭（直接肌に接着するもの）

< 申請の留意事項 >

Q	A
申請できるウィッグ及び乳房補正具はそれぞれ1人1つまでか。	購入される個数は問いません。ただし、1回にまとめて合計額で申請してください。また、全ての購入品が申請期限内であることが必要です。
申請書類を郵送してもよいか。	郵送可能です。ただし、必ず、日中に連絡がつく番号を記載してください。
対象者本人が申請できない場合、代理で申請できるか。	やむを得ない事情がある場合は、代理の方が申請することが可能です。その場合は、申請書の下部「委任状」に助成対象者が署名したうえで提出してください。
対象者が未成年の場合はどうすればよいか。	対象者が未成年の場合は、保護者の方が申請してください。委任状は必要ありません。
領収書の様式に決まりはあるか。	領収書の様式は問いませんが、①購入者（助成対象者の氏名）②購入金額③購入日④品名⑤領収書発行元の記載が必要です。また、 <u>購入金額が5万円以上の場合、収入印紙の貼付が必要です。</u> （収入印紙には発行者の割印も必要です。）

申請窓口・お問合せ先

田尻町民生部健康課
（たじりふれ愛センター内）

〒598-0091 泉南郡田尻町嘉祥寺883-1
TEL:072-466-8811 FAX:072-466-8841

