

医療用ウィッグ・乳房補正具購入費用助成のご案内

射水市では、がん患者の皆様の就労・社会参加等を支援し、生活の質の向上を図ることを目的に、医療用ウィッグと乳房補正具の購入費用の一部を助成します。

助成対象者

次のすべてに該当する方

- ① 申請日において射水市内に住所を有していること
- ② がん治療を受けた、又は現在受けていること
- ③ がん治療に伴う脱毛又は乳房切除により補正具を購入していること
- ④ 本人及び同一世帯員に市税の滞納がないこと（市税：市民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税）

対象となる補正具

- ① 医療用ウィッグ：がん治療による脱毛のある方が着用するウィッグ（かつら）のことです。
 - ・ウィッグ本体（全頭用・部分用）
 - ・髪の毛がついた帽子
 - ・ウィッグを装着するためのネット※帽子（単体）、ウィッグのスタンド、日常的なケア用品（クリーナー、ブラシなど）は対象外です。
- ② 乳房補正具：がんの手術による乳房の形の変化を補正するための用品です。
 - ・補正パッド
 - ・補正下着（補正パッドと下着が一体になったもの）
 - ・人工乳房（肌に直接密着させて使うもの）※乳房補正具のケースや日常的なケア用品は対象外です。

がんの治療が終了した方であっても、治療に伴う外見の変化があり、補正具が必要な方は対象となります。

助成額

助成額は県の助成の上乗せ分を含んだ額です。

補正具の種類	助成対象経費 (購入金額)	助成額
ウィッグ (頭皮保護用ネット含む)	40,000 円未満	以下の(1)と(2)の合計額 (1) 購入金額×1/2 (1,000 円未満切捨て) (2) 上記の(1)×1/2
	40,000 円～ 59,999 円	購入金額×1/2 (1,000 円未満切捨て) に 10,000 円を加算した額
	60,000 円以上	40,000 円 (上限額)
乳房補正具 (補正パッド、人工乳房など) ※助成額は左右それぞれ	20,000 円未満	以下の(1)と(2)の合計額 (1) 購入金額×1/2 (1,000 円未満切捨て) (2) 上記の(1)×1/2
	20,000 円～ 39,999 円	購入金額×1/2 (1,000 円未満切捨て) に 5,000 円を加算した額
	40,000 円以上	25,000 円 (上限額)

【注意事項】

- ・申請は補正具 1 種類につき、1 年度（毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日）あたり 1 回限りです。
※同一種類の補正具を複数購入した場合は、1 回にまとめて申請してください。
- ・他制度の助成を受けた場合は、購入費用よりその額を除いた額を助成対象とします。
- ・購入のために要した交通費、郵送費、手数料等は助成対象外です。

申請期限

補正具を購入した日の翌日から 1 年以内に申請してください。

（例：R7 年 4 月 1 日購入 → R7 年 4 月 2 日～R8 年 4 月 1 日まで申請可能）

購入した日は、領収日（クレジットカード払いの場合は利用明細書の利用日）とします。

申請の流れ・方法

- ①「射水市がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書」に必要事項を記入し、下記の必要書類を添えて射水市保健センターまで提出してください。（郵送可）

必要書類	注意事項等
射水市がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書	申請書は射水市のホームページからダウンロードできます。 射水市ホームページはこちら→  ・助成対象者ご本人が申請してください。 ※助成対象者が 18 歳未満の場合は、保護者が申請してください。
がん治療を受けている(受けていた)こと及び治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類（ <u>原本</u> ） ※原本がない場合は写し可	書類の例：治療説明・同意書、診療明細書、治療方針計画書、診断書等 （対象者氏名、医療機関名、がんであることが記載されているもの） ＜ウィッグの場合＞ ・がんに対する治療内容（抗がん剤治療の場合は使用薬剤名）、副作用に脱毛が確認できる記載がされているもの ＜乳房補正具の場合＞ ・がんの外科的治療等で乳房を切除したことが記載されているもの
補正具購入に係る領収書等の書類（ <u>原本</u> ）	領収書等には下記の①～④の記載が必要です。 ①購入日 ②購入品名（助成対象品を購入したことがわかるもの） ③購入金額（購入品が複数ある場合は金額内訳もわかるもの） ④領収書発行者（販売店）の名称、住所 ※領収書や明細書等から購入品名がわからない場合は、購入時のカタログや注文画面のコピー等を添付してください（ただし領収書と金額が同じもの）
振込先が確認できる書類（写し）	申請者名義の口座の写しが必要です。 書類の例：通帳やキャッシュカードのコピー ・金融機関名、支店名、名義、口座番号が確認できるもの
※必要時添付 他の助成金等の交付を受けている場合は、その金額が確認できる書類（写し）	助成の名称、助成対象者の氏名、交付日、交付金額が記載されているもの

- ②申請内容について審査を行います。申請書を受理した月の翌月末頃に、結果通知と領収書(原本)を送付し、振込先口座に振り込みます。

【問合せ先】

〒939-0241 射水市中村 38 射水市保健センター

TEL (0766) 52-7070 FAX (0766) 52-7071