

ウィッグ・乳房補整具

購入費用助成のお知らせ

大川市では、がん治療による外見の変化を受けた方に医療用ウィッグや乳房補整具等の購入費用の一部助成を行います。

対象者

- (1) 大川市内に住所を有する方
- (2) がんと診断され、かつ、その治療を受ける方
(過去に受けたことがある方と受ける予定がある方を含む)
- (3) 過去に他の市町村にて同じ対象品で助成を受けたことがない方
- (4) 世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満であること

対象品

(1)医療用ウィッグ等

医療用ウィッグ(部分用ウィッグ可)、装着用ネット、毛付き帽子

(2)補整具等

補整パット、補整下着、専用入浴着、
弾性着衣(弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ)、
エピテーゼ(補整用人工物)

※1人につき、令和4年4月1日以降に購入した対象品(1)、(2)それぞれ1回限り

助成金額

- 医療用ウィッグ等・・・上限額2万円
- 補整具等・・・上限額1万円

※購入費用の合計の1/2(1,000円未満切り捨て)または、
上限額のいずれか低い額が助成されます。

申請方法

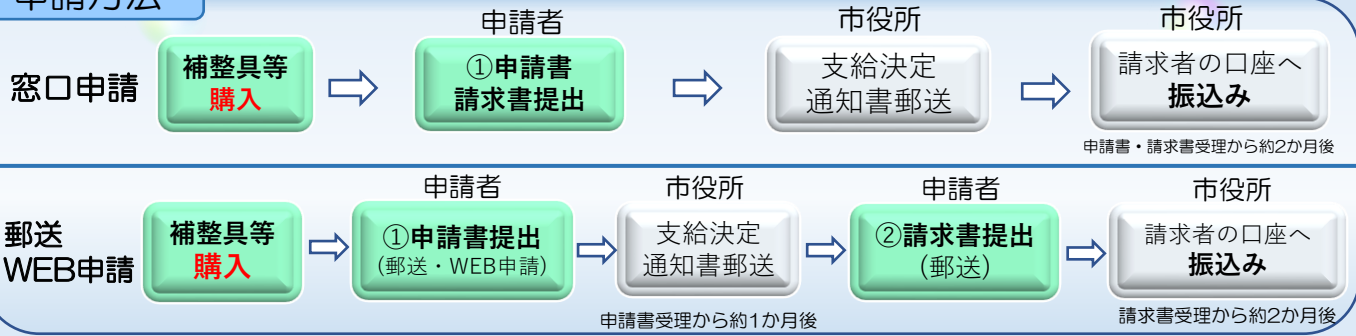
補整具等購入後、市役所に申請書類を提出し(郵送可)
その後 請求書を提出すると(郵送可)
請求者の口座に補助金が振り込まれます(申請から振込まで約2か月かかります)

(詳しくは裏面へ)

お問い合わせ・申請先

大川市役所：健康課健康推進係
〒831-8601 福岡県大川市大字酒見265番地1
☎：0944-86-8450

申請方法



※郵送の場合は、**簡易書留**や**特定記録郵便**等をお勧めします。
郵便物の不着事故など責任は負いかねます。普通郵便でも受付は可能です。

申請書類等の提出

記入する書類	<ul style="list-style-type: none"> ・大川市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書 (様式第1号) ・請求書 (様式第1-1号) 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となり『被保険者氏名に申請者名が記載された患者の保険証等』を添付してください ・振込先口座は、申請者ご本人の名義の口座に限ります ※通帳の写し (振込先が確認できるもの) もご準備ください
添付する書類	<p>治療を証明する書類 (治療 (抗がん剤の副作用・手術等) によって補整具等が必要となったことがわかる書類) (コピー可)</p>	<p>診療明細書、治療の同意書、治療方針計画書等いずれか1点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ウィッグ等の場合 <ul style="list-style-type: none"> 「①治療したご本人の名前」 「②脱毛原因の治療内容 (例: 診療明細書、抗がん剤名 (+製薬会社名) が書かれている治療の同意書や説明書、抗がん剤名書かれている治療同意書+副作用の説明書等)」 「③医療機関名」が記載されているもの ・乳房補整具等の場合「①ご本人名」「②乳房切除術」「③医療機関名」が記載されているもの
領収書のコピー	<p>対象品のみ金額 その他のものを含む場合は 内訳書が必要</p>	<p>①購入者 (フルネーム)、②購入日、③購入金額、 ④購入した補整具等 (但書に「全頭用ウィッグ 型番〇〇」など)、 ⑤領収書発行者の名称及び住所 ①～⑤全てが記載されているもの</p> <p>①～⑤全てが記載されていて支払い済であることがわかれば、レシートでも可</p>
購入した補整具等が確認できるもの (コピー可)	<p>購入した補整具等が確認できるもの (コピー可)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・商品カタログやパンフレット、インターネット販売で購入した場合は該当商品ページをプリントアウトしたもの等 ・オーダー品等で金額が一律ではない場合は、見積書等の添付が必要
本人確認できる書類	<p>本人確認できる書類</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカードのコピー (表、裏両方) ・運転免許証のコピー (表、裏両方) ・健康保険証のコピー (表、裏両方) 等 いずれか1点

記入する書類等は、市役所で入手または市HPからダウンロードできます

市が世帯情報や対象者の課税状況の確認させていただくことに同意いただけない場合は、住民票や所得課税証明書の提出が必要です。

