

北方町がん患者医療用補正具購入費助成について

1. 対象となる経費

- ・がん患者の医療用ウィッグ及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費
※補正具購入日が令和2年4月1日から適用
- ・クシ、クリナーなどの経費は助成の対象とはなりません。

2. 助成内容

- ・1人につき1回助成します。
※岐阜県の助成の申請を優先とします。また同一年度内他の市町村から助成を受けた方または受ける予定のある方は除きます。
- ・助成金の額は、助成対象経費の1/2（千円未満切捨て）から、岐阜県の助成を受けた額を差し引いた額とします。（上限1万円）

3. 対象者

次に掲げる要件のいずれにも該当する者としてします。

- (1) がん患者医療用補正具を購入した日及び申請時に北方町内に住所を有していること。
- (2) がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けた者又は現に受けている者
- (3) がんの治療に伴う脱毛により、治療と就労、社会参加等との両立に支障が出る、又は出るおそれのある者
- (4) 岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成決定通知を受けている者
- (5) 申請を行う補正具について、他の都道府県及び県外の市町村の助成を受けていないこと。

4. 申請方法

- ・申請書に必要事項を記入し、下記の①から④の必要書類を添付して、北方町保健センターへ提出してください。岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成決定通知書または、申請書確認事項に同意され、本町で確認できる場合は、④は省略可。（☑して不備がないか確認してください。）

- がん患者医療用補正具購入費用を支払った日及び、申請時に本町に住民票はありますか
- 4月から翌年3月分までの購入費用分ですか
- ① がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書（様式第1号）
 - ・申請者および口座名義人は、同一者とする。
 - ・口座確認のため申請時に通帳等口座の分かるものをお持ちください。
- ② 申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書等の原本
- ③ 岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成決定通知書の写し
- ④ 住所地を証明する書類（この書類は省略できる場合があります）

5. お問い合わせ

北方町保健センター

☎ 058-323-7600

北方町高屋石末1-10

☎ 受付時間 8時30分～17時15分（土日祝日を除く）