

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乳房補正具の購入費
- ・医療用ウィッグについては、装着に必要な頭皮保護用のネットの購入は含みますが、クシ、クリー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人につき補正具の種類ごとに1回助成します。
※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）とします。（上限2万円）

3. 対象者

次に掲げる要件のいずれにも該当する者とします。

- (1) 申請日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) がんの治療に伴い、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) 申請を行う補正具について、他の自治体からの助成を受けていない者。

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。以下の項目にチェック☑して、申請書類に不備がないか確認してください。

- 申請日に本町に住民票はありますか
- 申請日は補正具を購入した翌日から1年以内ですか
- 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）
 - ・口座名義人は、申請者または対象者と同一者としてください。
 - ・口座確認のため申請時に通帳等口座の分かることをお持ちください。
- 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写し
- ③ 診療証明書などがんの治療を受けていることが分かる書類
- ④ 住所地を証明する書類（申請書確認事項に同意され、本町で確認できる場合は省略可。）

5. お問い合わせ

北方町保健センター 北方町高屋石末1-10

電話	058-323-7600	受付時間	9時00分～16時30分	（土日祝日を除く）
----	--------------	------	--------------	-----------