



医療用ウィッグまたは乳房補正具の購入費助成金を申請される方へ



可見市では、がん患者の方の治療と就労、社会参加などとの両立を支援し、療養生活の質の向上を図るため、医療用補正具の購入費用の一部を助成しています。

助成の対象となる経費

- ① 医療用ウィッグ(全頭用)および装着に必要な頭皮保護用ネットの購入経費
 - ② 乳房補正パットまたは人工乳房及びこれらを固定する下着の購入経費
- ※本体に含まれない付属品やケア用品、送料は助成対象外です
- ※各種値引き、ポイント利用金額分は助成対象外です

助成の対象となる方

以下の要件を全て満たす方となります。

- ① 医療用補正具を購入した日および申請時に可見市内に住所を有している方
- ② がんの治療(手術、薬物治療、放射線治療等)を過去に受けた方、または現在受けている方
- ③ がんの治療に伴う脱毛または乳房の切除により、治療と就労、社会参加等の両立に支障が出る、または出るおそれのある方
- ④ 申請を行う補正具について、他の都道府県や市町村の助成を受けていない方
- ⑤ 補正具を当該年度4月1日以降に購入した方

※申請書の提出期限は、補正具を購入した日の属する年度の末日までとなりますので、ご注意ください

助成回数

医療用ウィッグと乳房補正具についてそれぞれ1回(1台)ずつ

助成金額

購入費用の額(上限それぞれ20,000円)

<領収書見本>



必要書類

必要書類をご用意いただき、可見市健康増進課の窓口へご提出ください。市のホームページより、オンラインでの申請も可能です。②③④の画像データをご準備ください。

- ① 可見市がん患者等医療用補正具購入費助成金交付申請書(市のホームページよりダウンロード可)
※記載した内容を修正する場合は訂正印が必要です。窓口提出する際は印鑑をお持ちください。
- ② 申請する補正具の領収書の写し 以下全ての記載が必要です。
※購入者氏名(フルネーム)、商品名、領収書発行者名、購入日、購入金額、金額内訳、医療用全頭用ウィッグである旨(ウィッグの場合)
- ③ がん治療を行っていること、または行っていたことがわかる書類の写し
例:診療明細書、入院や外来治療計画書、がん医療連携クリティカルパスなど
- ④ 振込先の通帳のコピー
- ⑤ (申請者と対象者が違う場合)申請者と対象者それぞれの顔写真付き身分証明書



【お問い合わせ】

可見市健康増進課 TEL:0574-62-1111(代)

〒509-0209 可見市下恵土一丁目100番地(可見市子育て健康プラザ マーノ内)

