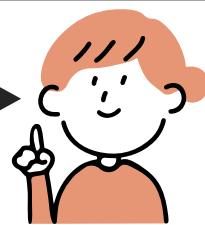




# がん患者のための アピアランスケア推進事業のお知らせ

門川町では、がん治療による外見の変化によって悩みを抱える方に、以前と変わらない自分らしい社会生活を送っていただくため、医療用補正具の購入費用の一部を助成します。



## 対象になる医療用補正具

### ウイッグ等

- ・皮膚を保護するために使用する頭部用ネット
- ・毛付き帽子等

### 乳房補整具

- ・人工乳房、補正下着及び補正パッド等  
※乳房再建術で挿入するものを除く

## 補助を受けることができる方（以下の項目すべてに該当する方）

- ① 申請日時点で、門川町内に住所を有する方
- ② がんと診断され、現在治療している又は過去に治療を受けたことがある者であって、令和7年4月1日以降に医療用補正具を購入し、申請日において使用している者
- ③ 過去に本町または他の制度による同種補正具の補助交付を受けていない者
- ④ 町税を滞納していない方

## 補助の金額

- ① ウィッグ等の購入額か2万円のいずれか低い額
  - ② 乳房補整具の購入額か1万円のいずれか低い額
- ※1 複数購入したものをまとめて申請可  
※2 補助回数は1人につき、ウィッグ等、乳房補整具のそれぞれ1回限り

## 必要書類

本人確認書類（コピー）	現住所や生年月日が確認できるもの (運転免許証、マイナンバーカード等)
がん治療を証明する書類（コピー）	がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書、お薬手帳、診療明細書等の写し (対象者氏名、医療機関名、診断名、治療内容の記載があるもの)
領収書（原本）	ウィッグや乳房補整具を購入したことがわかる領収書 (対象者氏名、購入年月日、品名、購入金額の記載があるもの)
振込口座通帳のコピー	金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号のわかるページのコピー

## 申請期限

補助対象品を購入した日（領収書の日付）の翌日から1年以内

## 申請・問合先

門川町役場 町民健康課 健康づくり係  
(⑤番窓口)

63-1140

