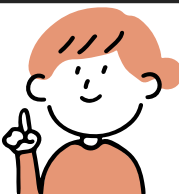




がん患者のための

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、医療用補整具の購入費用の一部を助成します。



対象になる医療用補整具

ウィッグ等

- ・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、補整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

助成対象者（以下の項目すべてに該当する方）

- ① 申請日時時点で、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り、医療用補整具を購入し、申請日において使用している方
- ③ 過去に本町または他の制度による同種補整具の助成を受けていない方
- ④ 町税等を滞納していない方

助成金額

- 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 助成回数は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

チェック欄	書類名	内容・注意点
	助成金交付申請書兼請求書	町が定める様式（町民健康課窓口・町ホームページにあります）
	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
	（右記の場合のみ）※②はコピー ①委任状、②代理者の本人確認書類	助成対象者がやむを得ない事情で申請できず、同一世帯以外の者に申請を委任する場合

申請期限 対象補整具を購入した日（領収書の日付）の翌日から1年以内

申請・問合せ先 門川町役場 町民健康課 健康づくり係(⑤番窓口) ☎ 63-1140

