

がん患者のアピアランスケア用品 購入費助成事業のご案内

大刀洗町では、がんに罹患された方の社会参加を促進し、療養生活の質が向上するように、医療用ウィッグや補正具等の購入費用の一部を助成します。

◆対象者(以下の助成をすべて該当する人)

- ・申請時に大刀洗町に住所を有する人
- ・がんと診断され、がんの治療(手術、薬物治療、放射線療法等)を受けた人あるいは、治療を受けている人
- ・福岡県内の他の自治体から同様の助成を受けたことがない人

◆対象となる用具

区分	助成対象用具	助成額
医療用ウィッグ	・医療用ウィッグ (医療用でないものは不可) ・装着ネット ・毛付き帽子	・左記の用具の購入費(税込)の2分の1(千円未満切り捨て) ・4万円を上限
補正用具	・補整パッド ・補整下着 ・専用入浴着 ・弾性着衣 (弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ) ・エピテーゼ(補整用人工物)	・左記の用具の購入費(税込)の2分の1(千円未満切り捨て) ・2万円を上限

※その他注意事項

- ・購入の個数制限はありません。
- ・補助は区分ごとに一人1回です。(一度助成を受けた区分は、翌年度以降も補助は受けられません)

※購入の対象にならないもの

- ・医療保険(健康保険)や他の公的補助制度を活用できる用具
- ・付属品並びにケア用品(クリーナー、リンス及びブラシ等)
- ・購入のために要した交通費及び郵送費

◆申請方法

健康課窓口または郵送で、下記申請書と添付書類を提出してください。

	申請に必要なもの	備考
申請書	大刀洗町がん患者のアピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書(様式1号)	必要事項を記載の上提出 (配布場所) ・町ホームページよりダウンロード ・健康課窓口
添付書類 (①～④すべて)	①がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等の写し	手術や化学療法等の同意書 診療明細書など
	②助成対象用具を購入したことがわかる領収書及び明細書の写し	助成対象者氏名、支払日、品名、金額、個数が記載されているもの
	③申請者及び助成対象者の本人確認書類の写し	マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など
	④振込口座の確認できるものの写し	預金通帳、キャッシュカードなど

◆助成決定

申請内容を審査し、助成を決定した場合、助成決定通知書を送付します。

◆助成金の支払い

指定された口座に助成金を支払います。

◆申請期限

購入した商品の支払い日の属する年度の末日まで

(例:支払日が令和5年7月1日ならば、申請期限は令和6年3月31日)

【お問合せ・申請先】

大刀洗町 健康課 健康支援係

〒 830-1226

大刀洗町大字富田 819

TEL:0942-77-1377 FAX:0942-77-3063