

上三川町医療用ウィッグ等 購入費助成事業のご案内

令和4年10月1日時点

上三川町役場健康福祉課成人健康係
☎0285-56-9133

町では、がんの治療に伴う副作用等により、社会参加に不安を抱えるがん患者に対し、医療用ウィッグ及び乳房補整具（以下「補正具等」という。）の購入費用の一部を助成することを通して、がん患者の心理的及び経済的な負担を軽減するとともに療養生活の質の向上させることを目的に助成します。

【対象者】（以下の全てに該当する方）

- (1) 申請日及び補正具等の購入日の時点において町内に住所を有する方
- (2) がん又はがんの疑いがあると診断され、がん治療を行っている方
- (3) がん治療に起因する脱毛及び乳房の切除等により、補正具等が必要な方
- (4) 町税（町民税、固定資産税、都市計画税、軽自動車税、町たばこ税及び国民健康保険税をいう。）の滞納がない方

【助成対象】

(1) 医療用ウィッグ本体の購入費※

※医療用ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネットを含む）とし、付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等をいう。）は対象としません。



(2) 補正具等（右側）の購入費（補整下着及びシリコンパット等の胸部補整具）

(3) 補正具等（左側）の購入費（補整下着及びシリコンパット等の胸部補整具）



一人につき、以下のとおり各々1回まで助成をします。

助成対象補整具等	備考	助成額
医療用ウィッグ本体	付属品・ケア用品は対象外	購入経費（消費税込）の半額。上限額30,000円
乳房補整具	補整下着・シリコンパット等	購入経費（消費税込）の半額。上限額20,000円 ※ 左右各20,000円を上限。

申請について

- 申請期限：製品を購入した日の翌日から1年以内
- 申請回数：申請者1人につき、各々1回を限度とします。
- 提出書類：① 助成金交付申請書兼実績報告書
② 助成金交付請求書 } (町ホームページからダウンロード可)
③ 領収書（医療用ウィッグまたは乳房補整具の購入年月日と購入金額等、明細がわかるもの）
④ がん治療を証明する書類（治療方針計画書等）
⑤ ウィッグを申請する場合：化学療法又は放射線療法による治療を受けていることの証明
⑥ 乳房補整具を申請する場合：乳房を切除したことを証する書類

【注意事項】③は領収書の原本を添付してください。

④～⑥は写しでも可ですが、ご自身での用意をお願いします。（庁舎内にも1枚10円のコピー機を設置しています。）

申請にあたっての留意事項

申請の前に、以下のことについてもう一度ご確認ください。申請ができない場合、追加で書類をいただく場合がありますのでご注意ください。

- ・ 領収書には、項目ごとの金額及び何を購入したか（例：ウィッグ、補整下着など）記載されていますか。
- ・ 領収書のあて名は申請者ご本人の名前ですか。購入先の社判等は捺印されていますか。
- ・ 治療を受けていることを証明する書類には、申請者ご本人の名前はありますか。
- ・ ウィッグを申請する場合、化学療法又は放射線治療を受けていることが分かる書類はありますか。
- ・ 補整下着を申請する場合、乳房の手術をしたことが分かる書類はありますか。

お問い合わせ

上三川町役場 1F 健康福祉課 成人健康係 ☎0285-56-9133