

がん治療を受けてウィッグ等を購入する方へ



柴田町

医療用ウィッグ等購入費用助成のお知らせ

柴田町では、がん患者の治療と就労の両立、療養生活の質の向上を図るため、医療用ウィッグ及び乳房補正具を購入した方に助成金を交付します。

| | |
|----------------|--|
| 対象者 | 次の全てに該当する方 ① 柴田町内に住所を有する方 ② がんと診断され、医療機関において治療を受けた又は治療を受けている方 ③ 過去に他の自治体等において、補正具等の購入費用助成等を受けていない方 ④ 世帯の町民税（所得割課税年額）が304,200円未満である方 |
| 助成対象 | 医療用ウィッグまたは乳房補正具の購入費用 ※ 助成は1補正具等につき1回です。医療用ウィッグの付属品及びケア用品、乳房補正具の下着は助成の対象外です。 |
| 助成金額 (上限金額) | <ul style="list-style-type: none">医療用ウィッグ（全頭用） 30,000円乳房補正具（右側） 20,000円乳房補正具（左側） 20,000円 |
| 申請期間 | 補正具等を購入した日から1年以内 |
| 必要書類 | <ul style="list-style-type: none">① 「柴田町がん患者医療用ウィッグ等購入費用助成金交付申請書兼請求書」（様式第1号）② がん治療を受けていることが分かる書類（診療計画書、手術説明書、治療に関する説明書・同意書等）または「がん治療受診証明書」（様式第2号）③ 補正具等を購入した際の領収書（宛名、購入日、購入金額、金額の内訳、領収書発行者の名称が記載されたもの）、または支払いの事実が確認できる書類④ 振込先の口座番号が分かるもの（通帳等）⑤ 印鑑（朱肉を使うもの） ※購入日の属する年の1月1日に柴田町以外の市町村に住んでいた方は、「課税証明書（世帯全員分）」が必要です。 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none">なるべく事前に（申請前に）健康推進課へご連絡ください。申請方法の詳細・注意点等を説明いたします。助成金は交付決定後、指定の口座に振り込みます。（申請から1～2か月ほどかかります。） |
| 問合せ・申請先 | 柴田町 健康推進課 保健班（庁舎1階3番窓口） 電話 0224-55-2160（平日8:30～17:00） |