

～がんの治療を受けられた方へ～

# ウィッグ・人工乳房 購入費用 助成事業のご案内

湯浅町では、がん患者の方の療養生活の質の向上と社会参加の促進を支援するため、医療用補正具（ウィッグ及び乳房補正具）の購入費用の一部を助成します。

## 対象となる方(以下のいずれにも該当する方)

- がん治療の副作用として脱毛が認められる方又は乳房切除術を受けた方
- 医療用補正具を購入した日及び申請時に湯浅町内に住所を有する方
- 申請を行う医療用補正具について、他の自治体からの助成を受けていない方

## 対象となる医療用補正具

- 医療用ウィッグ  
抗がん剤治療による脱毛に悩む方が一時的に着用するウィッグ(かつら)のことで、そのうち全頭用ウィッグのみ助成対象としています
- 人工乳房  
乳がんの手術による乳房の形の変化を補正するための乳房補正パッドや人工の乳房のことです。体内に挿入するものを除きます

## 助成金額

- 医療用ウィッグ 1台 上限額2万円
  - 人工乳房(右側・左側) 各1個 上限額1万円
- ※助成回数は、一人につき上記3種類をそれぞれ1回までとなります

## 申請方法

助成対象品購入後6か月以内に、助成金の交付申請書兼請求書に必要事項を記入して、治療を証明する書類や領収書を添えて申込先まで提出してください

- 湯浅町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書
- がん治療を受けた又は受けていることを証明する書類
- 医療用補正具の購入費用がわかる領収書等
- 本人確認書類

【申請方法の詳細は裏面をご覧ください】

申込先  
問合せ

〒643-0002 有田郡湯浅町青木668-1 湯浅町健康推進課 保健子ども係  
TEL:0737-65-3008 FAX:0737-65-3006

# 申請書類と記入例

書類名	備考
交付申請書兼請求書	申請書様式は役場窓口又は町ホームページで入手し、下記の記入例を参考に必要事項を記入してください ※購入日から6か月以内に申請してください
治療を証明する書類(写し)	診療明細書・治療方針計画書・お薬手帳など (抗がん剤の名称がわかるもの)
購入費用がわかる領収書 (右記事項の記載があるもの)	宛名(氏名)・購入年月日・購入金額・金額内訳 領収書発行者の所在及び名称 助成対象の医療用補正具の品名
本人確認書類(写し)	個人番号カード・運転免許証・パスポート

様式第1号(第5条関係)

湯浅町長 様

令和 ○年 ○月 ○日

申請者(請求者) 住所 **有田郡湯浅町青木 668-1**

氏名 **湯浅 太郎**

電話番号 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

湯浅町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

湯浅町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請内容の確認のため、町が保有する申請者及び対象者の個人情報を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対象者	フリガナ	<b>ユアサ タロウ</b>				生年月日			
	氏名	<b>湯浅 太郎</b>				昭和 ○年 ○月 ○日			
	住所	※申請者(請求者)と同じ場合は記入不要							
助成対象補正具 (助成金上限額)	購入年月日	購入費(税込)	助成金上限額又は購入費のいずれか低い額						
ウィッグ (20,000円)	令和 ○年 ○月 ○日	<b>25,000円</b>	<b>20,000円</b>						
乳房補正具(右側) (10,000円)	年 月 日	円	円						
乳房補正具(左側) (10,000円)	年 月 日	円	円						
助成金交付請求額			<b>20,000円</b>						
金融機関	種別	口座番号				口座名義			
銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座	1	2	3	4	5	6	フリガナ <b>ユアサ タロウ</b> <b>湯浅 太郎</b>
※代理申請欄(代理による申請及び請求(並びに受領)を行う場合のみ記入)									
対象者	フリガナ					生年月日			
	氏名					年 月 日			
	住所					対象者との続柄			
私は、がん患者医療用補正具購入費助成金の申請及び請求(並びに受領)に関する権限を上記代理人に委任します。									
委任者 氏名 _____									

【添付書類】

- 医療用補正具を購入したことを証明する書類(品名、金額等の記載のある領収書等の写し)
- がん治療に関する証明書(様式第2号)その他のがん治療を受けた、又は受けていることを証明する書類(診断書、治療方針計画書、診療明細書等の写し)
- 本人確認書類(個人番号カード、運転免許証、旅券その他これらに類する書類の写し)

日中、つながりやすい電話番号としてください

申請者本人が対象者の場合は住所の記入は不要

購入年月日と金額を記入し、上限額と比較して低い方の金額を請求額としてください

助成金の振込先の金融機関の情報を記入してください

代理人が申請して助成金を受領する場合は、左欄へ必要事項を記入のうえ、対象者からの委任の署名が必要です  
代理人の本人確認書類もご用意ください