

那須烏山市にお住いのがん患者の人へ

# 医療用ウィッグ・乳房補整具の 購入費用の一部を助成します

がんの治療に伴う外見の悩みを抱えるがん患者の皆さまに、医療用ウィッグまたは乳房補整具の購入費用の一部を助成し、負担の軽減や療養生活、社会生活を応援します。

## 補助を受けることができる人(次の全ての要件を満たす人)

- 那須烏山市に住所があり、かつ1年以内に補整具等を購入した人
- がんと診断され、治療を受けた人、または現在治療を受けている人
- がん治療に伴う脱毛、乳房の切除等により、補整具が必要な人
- 市税等を滞納していない人
- 過去に補助金の交付を受けていない人



## 補助の対象となる補整具と内容

- **1年以内に購入したもの**に限ります。
- 対象となる補整具ごとに、**購入費の9割**（1円未満の端数は切り捨て）または**上限額のどちらか低い金額**を助成します。

対象となる補整具	内 容	上限額	補助回数
医療用ウィッグ	・ウィッグの本体に装着時に皮膚を保護するために必要なネットを含む本体 ・付属品及びケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）は対象としません。	30,000 円	1 回
乳房補整具 (右胸用・左胸用)	・補整下着及びシリコンパット等の胸部補整着	20,000 円	左右それぞれ 1 回

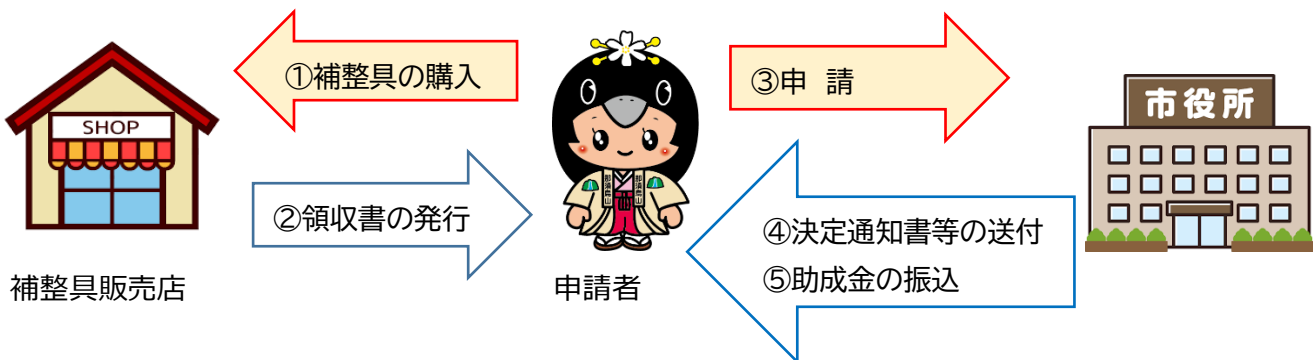
## 申請の手続き

- 申請できる期間は、補助対象となる補整具を**購入した日の翌日から1年以内**です。
- 以下の必要書類等を添付して、那須烏山市健康福祉課まで提出してください。

【必要書類等】 \*申請する前に、□にチェックして書類が揃っていることを確認しましょう。

<input type="checkbox"/>	「那須烏山市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書」様式第1号
<input type="checkbox"/>	がんの治療を受けている、または受けていたことを証する書類 (治療方針計画書、同意書、診断書、診療明細書等)
<input type="checkbox"/>	医療用補整具又は医療用ウィッグの購入に係る領収書 (補助対象者の氏名、購入年月日、品名、購入金額及び購入店名の記載があるもの)
<input type="checkbox"/>	*医療用ウィッグの場合： <u>脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類</u>
<input type="checkbox"/>	振込希望の通帳（申請者名義のもの）
<input type="checkbox"/>	印鑑（朱肉を使うもの）
<input type="checkbox"/>	*その他市長が必要と認める書類

### 【申請の流れ】



\*振込は、申請した月の翌月末を予定しています。

### 【問合先・申請窓口】

那須烏山市 健康福祉課 健康増進グループ（保健福祉センター内）

〒321-0526 那須烏山市田野倉 85-1

☎ 0287-88-7115

FAX 0287-88-6069