

がん患者アピアランスケア支援事業補助金

ウィッグ・乳房補整具の購入費用を補助します

対象者 次の全てに該当する方	① 東浦町に住所(住民票)を有する方 ② がんと診断され、その治療を受けた又は既に受けている方 ③ がん治療に起因する脱毛、又は外科的治療等による乳房変形に対する補整具を購入している方 ④ 町税の滞納がない方 ⑤ 過去に県内市町村から、同じ対象品で補助を受けていない方
-------------------	--

対象品	① ウィッグ(同時購入の頭皮保護用ネットを含む) ② 乳房補整具(補整下着、補整パッド、人工乳房)
-----	--

補助金額 購入費用の2分の1	① ウィッグ:上限2万円 ② 乳房補整具:上限2万円 ※1,000円未満は切り捨て、補助回数は1人につきウィッグ、乳房補整具各1回限り
-------------------	---

申請期限	補助対象品購入後、1年以内
------	---------------

申請方法	下記書類をそろえて、保健センターに提出してください。(郵送による申請も可)
記入する書類は、保健センターまたは町公式ウェブサイトからダウンロードできます。	
① 東浦町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書(様式第1) ② 領収書原本 ③ がん治療を証明する書類の写し } ※裏面の注意事項をご覧ください。 ④ 預金通帳の写し(名義、銀行名、支店名、口座番号がわかるものの写し) ※振込先の番号等の確認ができるもの ⑤ 本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証の写し等、顔写真付きの証明書)	
※領収書は原本に「申請済のしるし」をしてご返却をします。お預かりした書類は返却できませんので必要な書類はあらかじめ写しをとって、保健センターへ申請にお越しください。	

補助金の振込	交付決定通知書が送付されてから、約1か月後指定の口座へ振り込みます。
--------	------------------------------------

【申請先・問い合わせ先】 申請を希望する方は、申請受付の予約をお願いします。

東浦町保健センター

町公式ウェブサイト →

電話 0562-83-9677 FAX 0562-83-9678

裏面もご覧ください



領収書の注意事項

【対象とならないもの】
・購入にかかる送料や手数料
・ウィッグの場合（くしゃクリーナー、頭皮保護用ネット単体の場合）
・乳房補整具の場合（体内に埋め込まれたもの）

(1) 宛名：ご本人のお名前（フルネーム）

(2) 日付：購入日

(3) 金額の内訳：補助対象品であることがわかる記載が必要です。

対象外の品物が含まれている場合は、補助対象品の金額がわかる内訳を添付。

乳房補整具は、「補整下着」、「補整パッド」、又は「人工乳房」の記載をする。

(4) 領収書発行者の名称及び住所

領収書	(2) 令和 ○年 ○月 ○日
(1) <u>東浦 花子 様</u>	
金額 39,800 円	
(3) <u>ただし、ウィッグ及び頭皮保護用ネット購入代として</u>	
	(4) 名古屋市○○区○○町○—○ (株) ○○○

治療を証明する書類について

Q1. がん治療を証明する書類として、どのような書類を出せばよいか。

A1. がん治療を行ったことが分かるものを持参してください。特別な診断書等は必要ありません。

※診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳、化学療法の説明・同意書など書面に病名や抗がん剤などの記載があるもの。

(例)

診療明細書	令和○年○月○日			
【患者番号】 00000	氏名 東浦 花子様			
(区分)	(項目名)	(点数)	(回数)	(金額)
	<u>エトポシド点滴静注液</u>			
	:			
	:			
	脱毛の副作用のある薬剤			○○病院 電話○○○—○○○○

Q2. お薬手帳はどのページを提出するとよいか。

A2. 抗がん剤の処方日、処方薬がわかるページを提出してください。

脱毛の副作用がある抗がん剤の処方の確認が必要ですが、吐き気を抑える薬や便秘薬などの副作用を抑える薬のみでは証明書類になりません。

申請先・問い合わせ 申請を希望する方は、申請受付のご予約をお願いします。
東浦町保健センター 電話 0562-83-9677