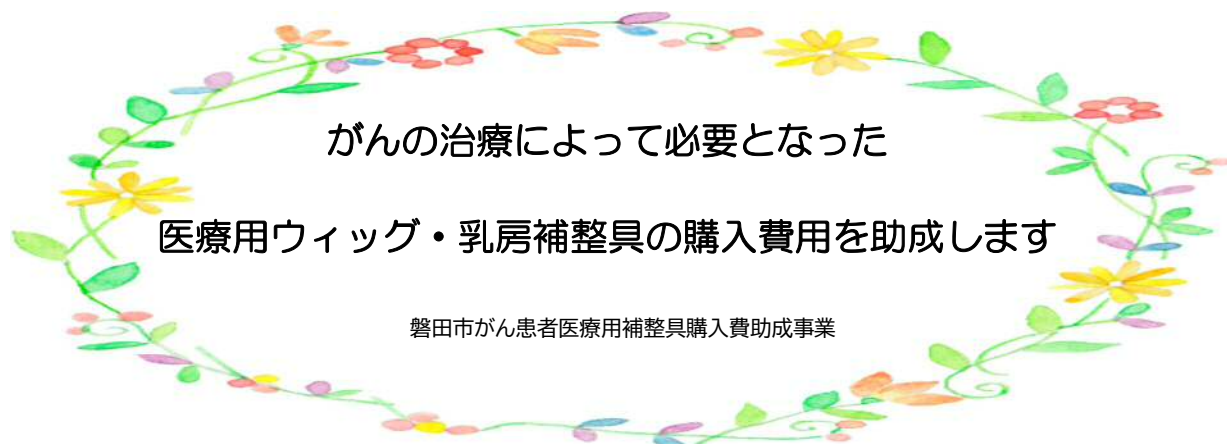


・ ・ がん患者さんの就労や社会参加を応援するために ・ ・



【対象となる方】以下すべての要件を満たす方

- ・ 申請時に磐田市に住所がある方
- ・ がんと診断され、その治療により脱毛または外科的治療等による乳房の変形に対する医療用補整具を購入した方
- ・ 過去に磐田市や、県内外の自治体から同種の助成を受けていない方

【助成内容・金額】

助成の対象		助成上限額
医療用 ウィッグ	全頭用であるもの (毛付き帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含む)	2万円
乳房補整具	①補整下着 (パットを含む)	2万円
	②人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	10万円

※購入額が上限額に満たない場合は、実際に購入した金額を助成します。

※購入する個数は問いませんが、複数購入した場合でも助成は上限額までとなります。

※乳房補整具の申請は①②どちらか一方です。

※以下は助成対象外となります。

- ・ 毛がついていない帽子
- ・ 医療用ウィッグの付属品及びケア用品 (クリーナー、リンス及びブラシ等)
- ・ 購入のために要した交通費及び郵送費
- ・ インターネット等により購入した際にポイントを利用して支払いした分

※助成対象かどうか判断に迷う際には、申請前にお問い合わせください。

【助成回数】

1人当たり、医療用ウィッグ・乳房補整具それぞれ1回限りの助成です。

【申請期限】

医療用ウィッグ・乳房補整具を購入した日の属する年度末 (3月31日) までに磐田市健康増進課へ申請をしてください。(郵送可)

※ただし、1～3月に購入した場合は、購入日から90日以内に申請をしてください。

【申請書類】

申請書類様式は健康増進課で受け取るか市ホームページからダウンロードできます。

	書類名	注意事項など
1	がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書（様式第1号）	<ul style="list-style-type: none"> ・代筆可能です。 ・申請者は治療を受けた本人としてください。 ・未成年の場合、申請者欄に保護者の名前を記入してください。 ・口座名義人が請求者でない場合は、委任状欄も記入してください。 ※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方は通帳のコピー（口座情報の記載箇所）も提出してください。
2	がんの治療に伴い脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類 例）外科的治療等又は、化学療法、放射線療法等に関する説明書、治療方針計画書、診断書など	【医療用ウィッグ購入で申請する場合】 診断名と化学療法、放射線療法等の記載のある書類 【乳房補整具で申請する場合】 診断名と外科的治療等の記載のある書類
3	医療用補整具の購入に係る領収書	原本を提出してください。 【領収書がない場合】 ①氏名②購入日③購入金額④品名⑤購入先の名称及び住所のすべてを確認できる書類を併せて提出してください。 例）クレジットカード会社からの請求明細書、申し込みの受注確認のメールのコピー、納品書、パンフレット、カタログ等

【お問合せ】

磐田市健康増進課健康支援グループ（i プラザ3 階）

住所：〒438-0077 磐田市国府台57 番地7

電話：0538-37-2011

ホームページ：[磐田市](#) Q検索 ページ番号 1007569

