

医療用ウィッグ・乳房補正具の 購入費用の助成が受けられます

土岐市では、がん患者の方の治療と就労、社会参加等の両立を支援するため、医療用補正具の購入費用の一部を助成しています。

助成の対象となる医療用補正具

(1) 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のことです。
そのうち、全頭用ウィッグ（フルウィッグ）のみを助成対象としています。

(2) 乳房補正具

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または人工乳房（それらを固定する下着を含む）のことです。
乳房再建手術は助成の対象となりません。

※助成の対象となる医療用ウィッグおよび乳房補正具はそれぞれ1台ずつとなります。

対象となる方

以下の要件を全て満たす方が対象となります。

- (1) 医療用補正具を購入した日および申請時に土岐市に住所を有している方
- (2) がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を過去に受けた方、または現在受けている方
- (3) がんの治療に伴う脱毛等により、治療と就労、社会参加等との両立に支障が出る、または出るおそれのある方
- (4) 申請を行う補正具について、他の都道府県や市町村の助成を受けていない方

申請方法

申請先：土岐市健康推進課（保健センター）

申請書の記載方法

別記
様式第1号（第4条関係）

土岐市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
令和〇年〇月〇日

(宛先) 土岐市長
住所 土岐市農町〇〇番地〇〇

申請者 氏名 岐阜 太郎 (続柄 本人)

土岐市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---|----------------|--------------|
| 対象者 | フリガナ | キ7 907 | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日(〇歳) |
| | 氏名 | 岐阜 太郎 | | |
| 住所 | 〒509-0000 | 電話番号 | 0572-55-0000 | |
| | 土岐市農町〇〇番地〇〇 | | | |
| がんの治療状況 | 医療機関名及び診療科 | ××病院 | | |
| | 主治医名 | ×× ×× | | |
| | 治療方法 | 手術 | 放射線治療 | その他() |
| がんの治療を受けていることを証する書類 | 診療明細書 | 治療方針調査書 | がん医療連携クリティカルパス | |
| 当該補正具の費用について土岐市以外の都道府県・市町村の助成金受給の有無 | 無 | | | |
| 助成対象経費 | 補正具の種類 | 医療用ウィッグ | 乳房補正具 | |
| | 購入年月日 | 令和〇年〇月〇日 | 年 月 日 | |
| | 領収の名前及び対象者との続柄 | 岐阜 太郎 (続柄 本人) | (続柄) | |
| | 購入金額(税込) | ア 41,000 円 | ウ | 円 |
| | 助成対象額 | イ (ア又は20,000円以内・フ以外少ない方の額1,000円未満の場合) × (ウ又は20,000円以内・フ以外少ない方の額1,000円未満の場合) | エ | 円 |
| 助成対象額 | 20,000 円 | | | |
| 助成金交付申請金額(※イとエの合計額を記入してください。) | | | | 20,000 円 |
| 助成金の振込先(申請者名義) | 金融機関名 | ×× 銀行・信用金庫・農協 | 店名 | ××支店 |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 000000 |
| | フリガナ | 岐阜 太郎 | 口座名義人 | 岐阜 太郎 |

(添付書類)
1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し(宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全額用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
2. 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類
3. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し(表紙裏の見開きコピー)

日中、つながりやすい
電話番号としてください

治療を行っていることを証するために
添付した書類に〇をつけてください

「有」の場合は、助成対象となりません

申請に必要な書類

□ 申請書

※対象者（治療を受けられている方）と申請者が異なる場合は、その続柄の記載をお願いします。

□ 補正具の購入費用の額が確認できる領収書の写し

※領収書の記載事項については「注意事項」を参考に購入されるお店にご相談ください。

□ がん治療を行っている、または行っていたことを証する書類

※領収書の診療明細書、入院や外来治療計画書、がん医療連携クリティカルパス等

(例) 抗がん剤の名称が記載されている診療明細書

□ 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳の写し(通帳表紙裏の見開きのコピーなど)

□ 照会同意書

※岐阜県で助成を受けていないか確認・照会するものです。

注意事項

(1) 添付する領収書には、以下の6項目が全て記載されている必要があります。

| | |
|--|--|
| 領収書 | |
| 岐阜 太郎 様 | 令和〇年〇月〇日 |
| ¥ 41,000- | |
| 但し、医療用全頭用ウィッグ購入費 | |
| 内訳 税抜金額 37,273円 消費税 (10%) 3,727円 | 医療用ウィッグ専門××店 岐阜県××市××〇-〇 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

- ・宛名（フルネーム）
- ・購入日
- ・医療用全頭用ウィッグである旨 ※
- ・購入金額
- ・領収書発行者名
- ・金額内訳

※医療用全頭用ウィッグと領収書に記載されていない場合には、購入したものが医療用全頭用ウィッグと分かるカタログ、パンフレット等をお持ちください。

(2) 申請できる期間は、医療用補正具を購入した日から1年以内です。

よくある質問

Q：助成対象は女性に限りますか？

A：助成対象となる方の性別、年齢の制限はありません。

ただし、18歳未満の方については、保護者を申請者としてください。

Q：助成金額はいくらですか？

A：対象となる医療用補正具の購入費用（2万円を上限とする）

それぞれの補正具 1人1回のみ

Q：ウィッグと乳房補正具はいくつ助成対象となりますか？

A：ウィッグと乳房補正具についてそれぞれ1回ずつ、1台限り助成が受けられます。

両方の申請をする場合、その申請時期については、同時申請、別申請のどちらでも可能です。

なお、再発または異なるがんの治療を行う場合であっても、助成対象となるのは1回限りとなります。

Q：複数のウィッグ及びケア用品を同時に購入しましたが、助成対象となりますか？

A：複数のウィッグや乳房補正具の合計購入金額が助成上限額の範囲内であっても、

1台分の購入費用のみが対象です。

ウィッグ本体価格（頭皮保護用ネット含む）または乳房補正具（パット、固定用下着）+消費税が助成対象となりますので、附属品（くし、シャンプーなど）は助成の対象となりません。

Q：部分用ウィッグや毛髪付き帽子などは助成の対象となりますか？

A：全頭用ウィッグのみが助成対象のため、部分用ウィッグなどは助成の対象となりません。

申請先・お問い合わせ先

申請先: 土岐市健康推進課(保健センター)
電話番号: 0572-55-2010

相談先など

補正具について相談したい場合

県内に8カ所ある以下のがん診療連携拠点病院の相談支援センター等で相談が可能です。
岐阜大学医学部附属病院、岐阜市民病院、岐阜県総合医療センター、大垣市民病院、
中部国際医療センター、中濃厚生病院、県立多治見病院、高山赤十字病院