

医療用ウィッグ、乳房補正具の 購入費用助成について

鹿島市では、がん治療中の方の社会参加と経済的負担の軽減のために、

医療用ウィッグと乳房補正具の購入費用の助成を開始しました。

対象者（次のすべてに該当する場合にのみ、助成金の交付対象です。）

- ① 申請日時点で鹿島市に住所を有する人
- ② がんと診断され、その治療を受けている人もしくは過去に受けていた人
- ③ 鹿島市税等の滞納がない人
- ④ がん治療に伴う脱毛または乳房の切除を行い、補正具を購入された人
- ⑤ 申請する年度において、他市町から同様の助成を受けていない人

助成の対象 ※ 購入後1年以内のものに限ります。

- ① 医療用ウィッグ（がん治療に伴う脱毛に対応するために一次的に着用するウィッグ）
 - ② 乳房補正具（手術による乳房の形に変化に対応するため補正下着、補正パッド及び人工乳房）
- ※ 乳房補正具は、乳房再建術等により体内に埋め込まれたものは除く。

助成金の額

①、②それぞれ購入費用の **2分の1**（1円未満切り捨て）

上限額 ①医療用ウィッグ **20,000円**

②乳房補正具 **20,000円**

※再購入など、毎年助成が可能です。

申請方法

下記の書類をそろえて、鹿島市保健センターまで持参または郵送してください。

- 助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）※ホームページからダウンロードできます。
・押印が必要です。
- がんと診断されたことがわかる書類 または がんの治療を証明する書類
※がん治療に伴う脱毛の副作用がある放射線治療や抗がん剤の使用、及び乳房切除を実施に受けたことを証明する書類 例）診療明細書、お薬手帳、入院治療計画書、手術同意書など
※証明書類がない場合は『がん患者補正具等購入に関する証明書（参考様式）』をご利用ください。ホームページからダウンロードできます。
- ウィッグや乳房補正具の購入に係る領収書（裏面をご参照ください。）
※対象者の氏名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載されたもの。
- 振込先の口座がわかるもの（通帳の写しなど）
※金融機関名、支店名、預金種別（普通・当座）、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- 委任状（助成対象者と振込先の名義が異なる場合）※ホームページからダウンロードできます。
- 本人、親権者、窓口に来られた人等の本人確認書類の写し
例）運転免許証、健康保険証など

ホームページもご覧ください→



申請方法時の注意点

① がん治療を証明する書類について

診療明細書、お薬手帳、入院治療計画書、手術同意書など組み合わせても大丈夫です。

(例)

| 患者番号 | | 氏名 | | 請求期間 | | 発行日 | |
|---------|----------------------|---------|----|------------------|--|-----------|--|
| 0000010 | | 〇〇 〇〇 様 | | 〇〇年〇〇月〇〇日~〇〇月〇〇日 | | 〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 区分 | 項目名 | 点数 | 回数 | 自費金額 | | | |
| 初・再診 | * ***** | | | | | | |
| 入院等 | * ***** ***** | | | | | | |
| 処置 | * ***** ***** | | | | | | |
| ① | 手術 *〇〇〇〇〇術 △△△△△術 | 25,520 | 1 | | | | |
| ② | 放射線治療 *□□□□放射線治療 | 1,320 | 1 | | | | |

1/1 佐賀県●●市〇〇番地
〇〇〇〇病院 電話××-××××

《必要事項》

- ・対象者氏名（フルネーム）
- ・治療を行った医療機関
- ・日付（治療時期）
- ・医療用ウィッグの場合、
「脱毛を伴う治療（放射線療法や抗がん剤名等）」であることが分かる記載
- ・乳房補正具の場合、
「乳房の切除を伴う治療」であることが分かる記載

薬剤名の記載がある場合は、がん治療のための薬剤名が書かれているもの
※脱毛の副作用があるもの

② 領収書について

領収書に対象者の氏名（フルネーム）、購入品目（**お品物代は不可**）、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載されているかご確認ください。

領収書 〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 〇〇 様

金額 〇〇〇,〇〇〇円

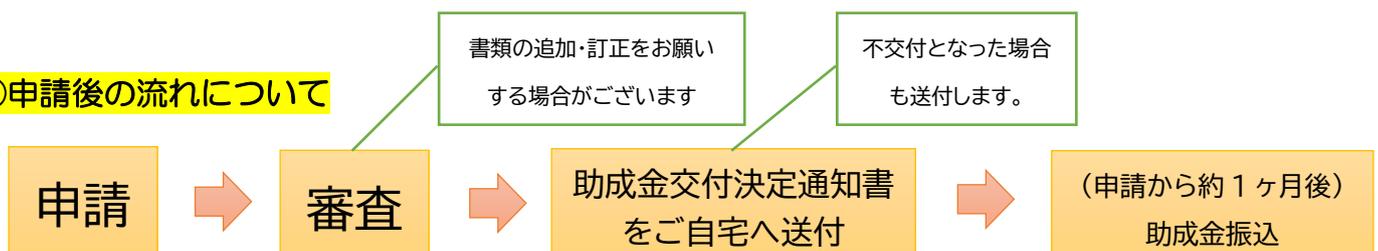
但し、医療用ウィッグ代として

内訳 ウィッグ 〇,〇〇〇円、保護ネット □□□円、
送料 △△△円

販売店 〇〇〇〇

領収書に内訳がない場合は、納品書、領収内訳書等の内容が確認できる書類を併せて提出してください。

③ 申請後の流れについて



お問合せ・申請先

〒849-1312 佐賀県鹿島市大字納富分 2700 番地 1 (エイブル1階)

鹿島市保健センター ☎0954-63-3373