

瑞穂市がん患者医療用補正具 購入費助成事業



瑞穂市では、がん患者の治療と就労、社会参加等との両立を支援し、療養生活の質の向上、経済的負担の軽減を図るため、医療用ウィッグまたは乳房補正具を使用するかたに購入費用の一部を助成します。

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かたが、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。

※令和6年4月1日以降に購入した、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人につき、1台ずつとなります。

助成金額

購入金額の2分の1（1,000円未満切り捨て、上限2万円）

対象となるかた

以下の要件を全て満たすかたが対象となります。

- (1) 医療用補正具を購入した日および申請時に瑞穂市の住民基本台帳に登録されているかた
- (2) がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を過去に受けたかた、または現在受けているかた
- (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かた
- (4) 申請を行う補正具について、岐阜県等他の自治体において助成を受けていないかた

※対象者が未成年の場合は、申請者は対象者の保護者となります。

申請方法

申請窓口：瑞穂市役所 健康推進課（☎058-327-8611）に、必要書類を準備し提出ください。
8時30分～17時15分（平日のみ）

申請書の記載方法

様式第1号（第4条関係）
（表）
瑞穂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
瑞穂市長 宛
申請者 住所 瑞穂市
氏名 瑞穂 花子 （総柄 本人）
瑞穂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、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。
なお、交付申請に当たり、瑞穂市住民基本台帳の記録に関する事項その他助成金交付に關し必要な事項について、調査、照会及び閲覧することに同意します。

フリガナ	ミズノ ハナコ	生 年 月 日		
対象者 氏 名	瑞穂 花子	昭和〇年〇月〇〇日（〇歳）		
住 所	〒 5 0 1 - 〇 〇 〇 〇 瑞穂市 × × 〇 - 〇 - 〇	電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
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 ・ 薬物治療 ・ 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 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他（ ）			
当該補正具の費用について他自治体の助成金受給の有無	無	有		
助成対象経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具	
	購入年月日（領収書の発行日）	令和〇年〇月〇〇日	年 月 日	
	購入費用	ア 41,000 円（税込）	円（税込）	
	購入費用の1/2の額	イ（アの1/2の額、1,000円未満切捨て） 20,000 円	エ（エの1/2の額、1,000円未満切捨て） 円	
	助成対象額	ウ（イ又は20,000円のいずれか少ない方の額） 20,000 円	オ（オ又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	
助成金交付申請金額（※ウとオの合計額を記入してください。） 円				
振込先	金融機関	〇〇 銀行 農協 〇〇 本店 支店 普通 口座 ふりがな 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	
	口座番号	（右詰記入）		
	ゆうちょ銀行（記号・番号）			
	助成決定金額	※この欄は、領収書で使用します。 円		

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

申請する補正具の欄に
購入日等を記入してください

申請に必要な書類

- 交付申請書（様式第1号）
- 補正具の購入費用の額が確認できる領収書または支払いの事実が確認できる書類
※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

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
瑞穂 花子 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 医療用ウィッグ専門××店
消費税 (10%) 3,727円 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

(2) 申請できる期間は、医療用補正具を購入した日の属する年度の末日までです。

- (例) 医療用補正具購入日令和6年4月 1日 → 申請書提出期限令和7年3月31日
医療用補正具購入日令和7年3月13日 → 申請書提出期限令和7年3月31日