

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

医療用ウィッグ（全頭用）および装着に必要な頭皮保護用のネット

(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、または人工乳房およびそれらを固定する下着（乳房再建手術は助成の対象となりません）

※各補正具 1 セットのみの費用（複数の補正具を購入しても 1 セットのみの費用が対象）

助成内容

○購入金額の 2 分の 1（1,000 円未満切り捨て、上限 2 万円）

○上記対象補正具(1)(2)の種類ごとに一人 1 回限り

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、必要書類を提出してください。
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

瑞穂市長 宛 申請者 住所 瑞穂市 氏名 瑞穂 花子 （続柄 本人） 令和〇年 〇月 〇日

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関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。

対象者	フリガナ	ミズホ ハナコ	生 年 月 日	昭和〇年〇〇月〇〇日（〇歳）
	氏 名	瑞穂 花子		
がんの治療状況	住 所	〒501-0000 瑞穂市××〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇		
	医療機関名及び診療科	××病院		
	主治医名	×× ××		
	治療方法	手術・ <u>薬物治療</u> ・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 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				
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（領収書等の日付）	令和〇年 〇〇月 〇〇日	年 月 日	
	購入費用	ア 41,000 円（税込）	エ 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） 20,000 円	オ（エの1/2の額、1,000円未満切捨） 円	
	助成対象額	ク（イ又は20,000円のいずれか少ない方の額） 20,000 円	カ（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（オクとカ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 金庫 組合	〇〇 本店 支店	
	当 座	ふりがな	みずほ はなこ	
	口座番号	口座名義人（申請者と同一）	瑞穂 花子	
	ゆうちょ銀行（記号-番号）	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	（右記記入）	
助成決定金額 ※この欄は、瑞穂市で使用します。 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○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

- 交付申請書兼請求書（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
※領収書に宛名（フルネーム）・購入日・医療用全頭用ウィッグまたは乳房補正具である旨・
購入金額・金額内訳・領収書発行者名が記載されているもの
（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

申請期限

○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（土日を除く）です。