

令和5年度 豊明市がん患者医療用ウィッグ等の助成

市では、がん治療によって脱毛や乳房の形の変化に対応するための医療補整具の購入費のうち、本人負担額の一部を助成します。

助成対象者	下記の①～④のすべてに当てはまる対象者 ① 申請時点で豊明市に住民票を有する者 ② がんと診断され、その治療を過去に受けた又は現在受けている者 ③ がん治療に伴う脱毛又は手術等による乳房の変化に対する補整具を購入していること ④ 過去に他市町村の同様の制度で同じ種類の補整具の購入助成を受けていないこと
対象となる医療用補整具	① 医療用ウィッグの購入費 ・がん治療に伴う脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ（かつら）をいう ② 乳房補整具の購入費 ・手術等による乳房の形の変化に対応するための補整下着、補整パッド又は人工乳房をいう
助成金額	対象医療用補整具の購入費用の2分の1の金額（上限 20,000 円）を助成（1 円未満の端数は切捨てる） ※ 1 人につき上記内容①②ともに一生涯各 1 回
申請方法	下記の申請書類一式を揃え、郵送または窓口にて健康推進課へ提出する ★申請に必要な書類 ① 豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金事業申請書 （申請書は健康推進課窓口で配布もしくは市ホームページでダウンロードができます） ② 過去又は現にがん治療中であり、その治療によって脱毛又は乳房の変形があることが証明できる書類の写し 同意書の写し、治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳など ※ウィッグの場合、ご本人名・病名・脱毛原因となる治療内容（抗がん剤名）・医療機関が明記されていること ※乳房補装具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されていること ③補整具の購入に係る領収書（原本またはコピー） （本人名、購入日、購入金額、購入内容の明記が必要） ③ 窓口申請の場合、身分証明書、本人の口座等わかるものを持参してください。
申請書類の提出期限	補整具を購入した日の翌日から 1 年以内

* 助成に必要な書類やご不明な点については健康推進課までお問合せください。

豊明市健康推進課（豊明市新田町子持松 1 番地 1）電話 0562（85）3009