

# たつの市 がん患者医療用補正具購入費助成事業

がん治療による外見の変化を受けた方に、医療用ウィッグや乳房補正具の購入費用の一部を助成します。

## 対象者

以下のすべてに該当される方

- ◎ がんと診断され、その治療を受けたまたは現に受けている方
- ◎ 市内に住所を有し、対象補正具を購入した方
- ◎ 過去に県内市町から対象補正具と同種の助成を受けていない方
- ◎ 申請日の前年（1～5月の申請は、前々年）所得が、以下の要件を満たしている方

対象補正具購入者	所得の要件
未成年の場合 (既婚の場合を除く)	対象補正具購入者と生計を一にする親権者全員の所得額の合計が400万円未満
成年かつ未婚の場合	対象補正具購入者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具購入者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

## 対象となる補正具と助成金

補正具の区分	補正具の種類	助成上限額	上限台数
医療用ウィッグ	医療用ウィッグ	5万円	1台
乳房補正具	補正下着	1万円	
	人工乳房 (手術等で体内に埋め込まれたものを除く)	5万円	1台 (両側乳がんの場合は2台)

- ◎ 1人につき、補正具の区分ごとに1回限りの助成です。
- ◎ 付属品、ケア用品、購入に伴う交通費及び郵送費等は対象となりません。
- ◎ 補正具の購入額が、助成上限に満たない場合は、実際に購入した金額を助成します。

## 申請の流れ

### 1 申請

以下の書類を添えてたつの市健康課へ申請してください。

- ① 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  
※申請様式は健康課窓口または市ホームページよりダウンロードできます
- ② がん治療を証明する書類の写し（診断書、説明書、治療方針計画書等）
- ③ 領収書の写し  
（助成対象者又は申請者の氏名、購入年月日、品名、金額、台数、医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの）
- ④ 申請者等の所得額を証明できる書類
- ⑤ 申請者名義の振込希望金融機関の通帳等

### 2 審査、助成決定通知

申請内容を審査し、決定通知書を郵送します。

### 3 交付決定額の助成

ご指定の金融機関口座に助成金を振り込みます。

## 申請期限

- ◎ 4月～12月までの購入 ⇒ 翌年の3月31日まで
- ◎ 1月～3月までの購入 ⇒ 購入日の翌日から90日以内

## 《申請窓口・お問い合わせ先》

〒679-4190 たつの市龍野町富永410番地2(はつらつセンター内)

たつの市健康課

TEL 0791-63-2112(直通)

FAX 0791-63-2122

たつの市がん患者医療用補正具

検索

