

薩摩川内市がん患者アピアランスケア支援事業

医療用ウィッグ・乳房補整具の購入費用を助成します



1 対象者 以下の①～③の全てに該当する方

- ① 申請時において薩摩川内市に住民票を有する方
- ② がんと診断され、がんの治療を受けた又は現在受けている方
- ③ 過去に本市または鹿児島県内の他市町村が実施する同様の助成等を受けたことがない方

2 助成対象品・助成額

区 分	助 成 対 象 品	助成上限額
医療用ウィッグ	医療用ウィッグ <u>（医療用ウィッグは、対象者1人につき1台限り）</u> 皮膚を保護するためのネット ※ケア用品・付属品・証明書料などは対象外	2万円
乳房補整具	補整下着、補整パッド 専用入浴着、人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）	1万円

対象経費（税込み）又は助成上限額のいずれか低い額を助成します。（100円未満切り捨て）

※ 助成回数は、1人につき、区分ごとに1回限りとします。

3 申請期限等

助成対象品購入日（領収書に記載の日）から1年以内。

交付決定した場合には、決定通知書を送付します。審査・支払い処理の為、支払いには1～2か月程度時間がかかります。書類不備がある場合は、審査に時間がかかる場合もあります。

4 申請に必要なもの

① 申請書

- ・薩摩川内市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書
- ・市民健康課（川内保健センター）に備え付けてあるほか、市のホームページや右上のQRコードからダウンロードできます。

② 治療を証明する書類

- ・治療内容を証明する診療明細書、治療方針計画書等の写し

※助成対象者氏名、診断名、ウィッグや乳房補整具が必要となった治療内容（放射線療法・化学療法・手術術式等）が明記されているもの

③ 領収書原本（原本は返却します）

- ・助成対象者氏名、購入日、購入金額、品名、金額の内訳、領収書発行者の名称・住所等の記載があるもの

※購入の際に、領収書発行依頼を忘れずをお願いします。（インターネット購入も同様）

④ 印鑑（ネーム印・浸透印不可）、振込先の口座が確認できるもの（通帳の写し等）

- ・いずれも助成対象者本人のもの

【問合せ・申請先】 薩摩川内市 市民健康課 健康増進第1グループ

<住所> 〒895-8790 薩摩川内市西開聞町6番10号（川内保健センター）

<電話> 0996-22-8811