

※令和3年度より助成の対象となる要件が新たに加わりました。

医療用ウィッグ、乳房補正具購入費用を助成します

がん患者の皆様の治療と就労や社会参加を応援し、療養生活の質がより良いものになるように、がんの治療に伴う外見の悩みや経済的負担を軽減するため、購入費用の一部を助成します。

対象となる方・・・次の要件を満たす方

- 1 川崎町に住所のある方
- 2 がんと診断され、その治療を行っている方
- 3 がん治療による脱毛等により、就労や社会参加等と治療の両立に支障が出る又は出る恐れがある方
- 4 世帯の町民税のうち所得割課税年額が304,200円未満である方
- 5 過去に他の都道府県及び市町村において、経費の助成等を受けていない方

助成の対象となるもの及び金額

- ❖ 令和3年4月1日以降に購入したもの。申請は1補正具につき1回。

| 対象補正具 | 助成上限額 |
|---------------------|---------|
| 医療用ウィッグ（かつら）※全頭用に限る | 30,000円 |
| 乳房補正具（右） | 20,000円 |
| 乳房補正具（左） | 20,000円 |

申請手続き

- ❖ 期限：補正具を購入した日の属する年度の3月31日まで
- ❖ 受付場所：保健福祉課（健康福祉センター内）
- ❖ 申請受付：平日 8:30 ~ 17:15
- ❖ 下記の書類及び印鑑が必要です。

【申請書類】

- 1 川崎町医療用ウィッグ・補正具購入費助成金支給申請書（様式第1号）
- 2 補正具等の購入に係る領収書の写し ※購入日、品名、金額の記載があるもの。
- 3 がん治療受診証明書（様式第2号）または がんの治療を証明するもの
- 4 照会同意書（様式第3号）
- 5 その他 振込先通帳の写し

※ 1、3、4の書類は保健福祉課にあります。またはホームページからもダウンロードできます。

お問合せは 川崎町保健福祉課 健康推進係 電話 0224-84-6009 へ