

喬木村がん患者へのアピアランスケア助成事業

喬木村では、がん治療に伴う身体的・精神的な負担や社会生活上の不安を和らげるため、医療用補装具(ウィッグや乳房補整具)購入費用の一部を助成します。

対象者 (1)、(2)を満たす方

- (1)助成金の対象となる補装具の申請日に喬木村に住所を有する方
- (2)がんと診断され、がんの治療(手術、薬物治療、放射線療法等)を受けた、または現に受けている方

対象品・助成回数

助成対象補装具	助成回数(1人につき)
(1)頭髪補装具 ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子	1回
(2)乳房補装具 (補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房)	右房、左房ごとに1回
(3)その他 エピテーゼ(補整用人工物)	1回

※補助対象外

- 付属品並びにケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)
- 購入のために要した交通費及び郵送費
- 国又は地方公共団体が月に購入費用を負担したもの

助成金額

助成対象経費の1/2(1,000円未満の端数切り捨て)、上限2万円



申請期限

購入日の年度末まで

(がん治療や症状の悪化などのやむを得ない事情により、当該年度内に申請できない場合は翌年度でも可)

申請方法

補整具購入後、以下の書類と一緒に申請書類を提出

①申請書(喬木村がん患者へのアピアランスケア助成金交付申請書 様式第1号)

②提出書類

- (1) 村内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類
- (2) がんの治療(手術、薬物治療、放射線療法等)を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
- (3) 補整具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し

※以下の記載があることを確認してください

- ・購入日
- ・購入金額
- ・金額内訳
- ・宛名(申請者の氏名)
- ・領収書発行者名
- ・購入した補整具等の品名(ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費等)

【お問い合わせ先】

喬木村役場保健福祉課健康保険係

TEL:0265-33-5125

