

がん患者のための 医療用補整具購入費助成事業のご案内

南伊豆町では、がん治療を受けて、医療用ウィッグ（かつら）や補整下着・人工乳房などの補整具を購入した方に対して、購入にかかった費用を助成します。

助成を受けることができる方

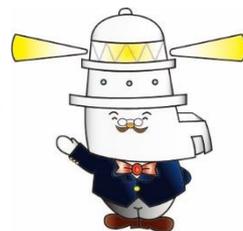
助成の対象となるのは、次の項目すべてに該当する方です。

- (1) 申請日において、南伊豆町に住所を有している方
- (2) がんと診断され、その治療を受けたまたは受けている方
- (3) がん治療に伴う脱毛または乳房の切除等により補整具を購入した方
- (4) 過去に南伊豆町や、他の地方公共団体から同種の助成等を受けていない方
- (5) 申請日に町税等を滞納していない方

助成の対象となる補整具と助成金額

助成の対象となるのは、令和2年4月以降に購入した補整具です。

申請は、下表(1)(2)それぞれ1回限りで、
申請書の提出期限は、購入日の属する年度の末日です。



区分	医療用補整具の要件	助成上限額
(1)医療用ウィッグ	全頭用であるもの (装着時に皮膚を保護するネットを含む)	2万円
(2)乳房補整具	補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む)	2万円
	人工乳房	10万円

※付属品やケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）、購入のための交通費・送料は対象外。

申請方法

医療用補整具の購入後、「南伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書」に必要事項を記入し、下記の書類を添えて、南伊豆町健康増進課へ提出してください。

申請に必要な書類

- (1) 南伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書（様式第1号）
- (2) がん治療を受けていることを証明する書類
※薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等
- (3) 医療用補整具の購入に係る領収書（原本）

◎書類審査の結果、交付決定（却下）通知書を送付します。交付決定された方は、「南伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成金請求書（様式第3号）」を提出してください。

申請・問合せ先 **南伊豆町健康増進課(☎62-6255)**