

各務原市がん患者医療用補正具購入費助成金を申請される方へ

がん患者の方の治療と就労、社会参加等との両立を支援し療養生活の質の向上を図るため、医療用補正具の購入費用の一部を助成します。

助成の対象	①がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネット ②乳房補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着
対象者	以下の要件を全て満たす方 ① 医療用補正具の購入日及び申請時に市内に住所がある ② 医療用補正具の購入日が1年以内 ③ 手術、薬物治療、放射線治療等のがんの治療を受けている、又は受けたことがある ④ 過去に都道府県および他の市町村で同一の助成を受けていない、又は受ける予定がない
助成回数	対象者1人につき、医療用補正具ごとに1台、1回限り
助成金額	それぞれ上限 20,000 円
申請方法	二次元コードより申請、または、下記の提出書類をご持参の上、各務原市健康づくり推進課または東保健相談センターの窓口へ申請してください。 ※ <u>購入日より1年以内</u> に申請してください。



～ 必要書類について ～

	必要書類	注意事項
窓口 WEB 共通	<input type="checkbox"/> 診療明細書などがんの治療を受けていることがわかる書類	・診療明細書・治療方針計画書・がん医療連携クリティカルパスなど、がんの治療を受けたことがわかるもの。
	<input type="checkbox"/> 申請する医療用補正具の領収書	・領収書は、宛名（申請者又はその家族等）、購入日、 購入金額、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。 ※ 金額の内訳の記載がない場合は、レシートや領収内訳書、カタログなど、購入内容が確認できるものを併せてご提出ください。 ・ウィッグは、「全頭用」と記入があるものが対象です。
窓口 のみ	<input type="checkbox"/> 各務原市がん患者医療用補正具購入費助成金申請書（様式第1号）	・「申請者氏名」と「口座名義人」は、 同一の方 としてください。（本人又はその家族等） ・ 申請書と請求書の日付は申請時に記入するため、空欄での持参をお願いいたします。
	<input type="checkbox"/> 請求書（様式第2号）	◎申請書と請求書は、市ウェブサイトからダウンロード可能です。
	<input type="checkbox"/> 振込先が分かるもの	・通帳、キャッシュカードなど口座番号、店名、口座名義人が分かるもの

【お問合せ】

各務原市健康づくり推進課 TEL 058-383-1115 各務原市那加桜町 2-163 （総合福祉会館1階）

※申請については健康づくり推進課に加えて、東保健相談センター（各務原市鷺沼羽場町 2-53）でも可能です。

