

ウィッグ・乳房補整具 購入費用助成のご案内

志賀町では、がんの治療を受けている方やその他の疾患のある方の療養生活の質の向上、就労や社会参加を支援するため、ウィッグや乳房補整具の購入費用の一部を助成します。

対象者（以下の全てに該当する方）

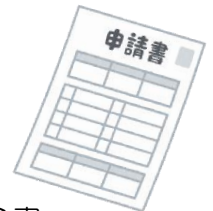
- (1) 志賀町に住所を有する方
- (2) がん治療や先天的、事故、がん以外の病気に伴う脱毛や手術などにより、外見の変化を補うためにウィッグ、乳房補整具を購入した方
- (3) 他の法令等に基づく同種の助成を受けていない方
- (4) 暴力団等と関係を有していない方
- (5) 過去に県内市町から同様の助成を受けていない方
- (6) 町税、国保・介護保険料を滞納していない方

対象となる補整具・助成額

| 補整具の種類 | | 助成額 | 上限額 |
|----------|---------------|---------------------------------|---------|
| ウィッグ | 頭皮保護用ネットを含む | 購入費用の2分の1 (1,000円未満 切り捨て) | 20,000円 |
| 乳房補整具（右） | 補整パッドや人工乳房を固定 | | 20,000円 |
| 乳房補整具（左） | する補整下着を含む | | 20,000円 |

※購入した日から1年以内の補整具が対象です。

※助成は、対象者1人につき補整具の種類ごとに1回のみです。ただし、対象者が18歳未満の場合は、18歳到達年度まで毎年度1回となります。



申請方法

次の書類を、補整具を購入した日から1年以内にご提出ください。

- (1) 志賀町がん患者等のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書
- (2) 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書
- (3) 補整具購入時の領収書の原本
(宛名、購入日、補整具名、購入金額、領収書発行元等がわかるもの)
- (4) 診療明細書やお薬手帳など治療している薬剤名や手術の内容が分かるもの
- (5) 本人が確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）
- (6) 振込口座が確認できる書類の写し
- (7) （代理人が申請する場合）委任状及び代理人の本人確認ができるもの

助成の決定・支払いについて

申請書類を確認後、助成金の交付・不交付を決定し、通知します。

助成金は、申請者が指定した口座に振込します。



【申請・問い合わせ先】 志賀町保健福祉センター

〒925-0141 志賀町高浜町力1-1 TEL: 0767-32-0339 FAX: 0767-32-4171