

大郷町医療用ウィッグ等購入費助成事業

がんになり患された方の治療と就労や社会参加などの両立を支援し、療養生活の質の向上と経済的負担の軽減を図るため、医療用ウィッグおよび乳房補正具の購入費の一部を助成します。

対 象 者	次の①～⑤のすべてに該当する方 ① 大郷町に住民登録のある方 ② がんと診断され、その治療を受けた又は受けている方 ③ 世帯の町民税(所得割課税年額)が304,200円未満の方 ④ 過去に他の自治体で、医療用ウィッグや乳房補正具の購入に係る経費の助成等を受けていない方 ⑤ (医療用ウィッグの場合)がん治療に伴う脱毛により、就労や社会参加等と治療の両立に支障がある又は支障が出るおそれがある方
助 成 対 象	医療用ウィッグ(全頭用)又は乳房補正具(左右)の購入費用 ※ 申請は1つの補正具等につき1回に限ります。
助 成 金 額	補正具等の購入費用×1/2 ※ 助成上限額は、各補正具等につき20,000円です。
申請受付期間	補正具等を購入した日の翌日から1年以内
受付場所・時間	大郷町役場 保健福祉課 平日 午前8時30分～午後5時15分まで ※ 土日祝日及び年末年始(12/29～1/3)はお休みです。
申 請 書 類	① 大郷町医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号) ② 補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類 ③ (医療用ウィッグの場合)全頭用であることが確認できる書類 ④ 個人情報に関する同意書(様式第2号) ⑤ がん治療受診証明書(様式第3号)又はがん治療を受けていることを証する書類の写し ⑥ 振込先通帳等の写し ※ 様式第1～3号は、保健福祉課にてご用意しております。また、町ホームページからもダウンロードが可能です。

【問い合わせ】大郷町役場保健福祉課 ☎022-359-5507

助成に関するQ&A

申請できるのは女性だけ？	性別の限定はありません。 男女問わず申請いただけます。
申請できる年齢は？	年齢の制限はありません。 対象となる方が18歳未満の場合は、その保護者が申請を行っていただく必要があります。
毛髪付き帽子や部分的なウィッグは対象になる？	対象外です。 医療用ウィッグは「全頭用」のものに限ります。
ウィッグや補正具のレンタル料は対象になる？	対象外です。 本事業では購入したものが対象となります。
通信販売で購入しました。送料は対象になる？	送料は対象外です。 医療用ウィッグや乳房補正具の本体のみを事業の対象としておりますので、送料のほかウィッグ用のブラシやクリーナーなどのオプション用品は対象外です。
クレジットカードや電子マネーで購入したため領収書がありません。どうしたらよい？	クレジット会社等からの請求明細の写し(購入店で発行されるレシート可)と購入した内容が分かるものを印刷し提出してください。
領収書の宛名が「上様」となっている。申請はできる？	申請できません。 対象者のものか確認する必要がありますので、対象者の氏名をフルネームで記載していただく必要があります。 購入時にご依頼ください。