

がん患者のためのアピアランスケア用品購入助成を行います
(早島町アピアランスケア助成事業)

早島町では、がん治療及びがん経験者のがん治療に伴う心理的負担を軽減するとともに、就労や社会参加を促進し、療養生活の質の維持向上を図るため、アピアランスケア用品の購入に要する費用の一部を助成します。

対象要件

次の全ての条件を満たしている人

- ☐ 早島町内に住所を有する人
- ☐ がんと診断され、がんの治療を受けた人又は現に受けている人
- ☐ 本人及び同一世帯に属する人に町税の滞納がない人
- ☐ 過去に本町又は他の地方公共団体が実施する同様の制度による助成を受けていない人

助成対象用具

区分	助成対象用具	助成金額
医療用ウィッグ等	ウィッグ 装着用ネット 毛付き帽子	購入費用の2分の1の額 (上限3万円) 1,000円未満は切り捨て
補整具等	補整パッド、補整下着 専用入浴着 弾性着衣(弾性ストッキング、 弾性スリーブ、弾性グローブ) エピテーゼ(補整用人工物)	購入費用の2分の1の額 (上限3万円) 1,000円未満は切り捨て

※医療給付の対象となるものや国又は他の地方公共団体が別に負担する対象となるものを除きます。

※助成を受けられるのは、ウィッグ、補整具等それぞれの区分につき、1人1回限りです。附属品、ケア用品、交通費、郵送料及び手数料等は対象になりません。

必要書類

- 1 早島町アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書
- 2 がんの治療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
(医療機関が発行するがん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等)
- 3 助成対象用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し

※上記の他にがん治療の内容や助成対象用具に関する書類の提出を求めることがありますので、ご了承ください。

※購入した日の翌日から1年以内に必要書類を健康福祉課へ提出してください。

お問い合わせ先

〒701-0303 都窪郡早島町前潟360番地1

早島町 健康福祉課

(電話：086-482-2483)