

《平泉町》

がん治療に伴う

「医療用補正具」購入費助成について

平泉町では、がん治療に伴い生じた容姿の変化をカバーし、安心して療養生活を送るため、また、治療と仕事を両立し社会参加に取り組むために「医療用補正具」購入費の一部を助成します。

助成対象者

※下記のいずれにも該当する方を対象とします。



- ◆平泉町に住所のある方
- ◆がんの治療を受け、脱毛、乳房切除等により補正具を購入した方
- ◆申請する年度において購入した補正具であること
- ◆申請する補正具について、過去に本事業の助成を受けたことがない方

対象の補正具と助成額

※申請する年度内に購入した補正具が対象です。

補正具の種類	助成金額(上限額)		助成対象経費
医療用ウィッグ	30,000 円		医療用ウィッグ(全頭用)本体 1 台の購入経費 ※毛髪付き帽子や部分ウィッグ、本体に含まれない付属品、ケア用品を除く。
乳房補正具	左側	20,000 円	補正パッド又は人工乳房本体 1 個の購入経費 ※上記を固定する下着等を除く。
	右側	20,000 円	

※申請方法等、詳しくは裏面をご覧ください。

【問い合わせ先】

平泉町保健センター

電話 0191-46-5571

申請方法

※申請に係る手続きは、下記のとおりです。

① 医療用補正具の購入

先に、医療用補正具を購入していただきます。



※助成対象者 1 名につき、補正具の種類ごとに 1 回限りの交付です。

② 申請書類を用意し、申請窓口へ提出

申請に必要な書類(下記参照)を揃えて、保健センターへ提出してください。



※申請期限は、補正具を購入した日の属する年度の末日までです。

③ 受理・審査



④ 交付決定(不決定)通知書を郵送

審査結果について、交付決定又は不決定通知書をお送りいたします。



交付決定の場合、請求書の用紙を同封いたします。

⑤ 請求書の提出・助成金の交付

請求書を保健センターに提出してください。後日指定の口座へ、助成金を交付します。

申請に必要な書類

(1) がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

(2) がん治療受診証明書又は治療内容を証する書類の写し(対象者の氏名や内訳が記載されているもの)

(3) 補正具の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し(領収書等)

(4) 本人を確認する書類の写し

申請書類は、保健センター窓口又は町ホームページで入手できます。