

医療用ウィッグ・乳房補整具の 購入費用の一部を補助します

補助対象者

下記①から④の項目すべてに該当する人

- ①医療用補整具を購入した人で、焼津市に住民票がある人
- ②がんと診断され、がんの治療を行っている人
- ③がん治療に伴う脱毛又は乳房切除等により補整具が必要な人
- ④過去に焼津市及び他市町村で医療用補整具購入の費用助成などを受けていない人

補助の上限金額

- ①医療用ウィッグ・・・上限 2 万円
(毛つき帽子・装着時に皮膚を保護するネットを含む**全頭用**であるもの)
- ②乳房補整具
次のいずれかとする
ア 補整下着(下着とともに使用するパットも含む)・・・上限 2 万円
イ 人工乳房(人工乳頭も含む)・・・上限 1 0 万円
※乳房・乳頭再建術等によって体内に埋め込まれるものを除く

注意：購入額が上限に満たない場合は実際に購入した金額を助成します。

補助回数

対象者 1 人につき、1 回のみ (医療用ウィッグ、乳房補整具それぞれ)

申請に必要な書類

裏面もご覧ください

ホームページはこちら

- ①焼津市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書
(申請書は健康づくり課窓口のほか、ホームページにも掲載されています)
- ②がんの治療による脱毛、又は乳房を切除したことを証明する書類(写し可)
- ③医療用補整具の購入に係る領収書(原則原本を提出。写しの場合、原本を確認させていただきます)
- ④申請者名義の銀行口座がわかるもの
- ⑤印鑑(訂正箇所があった際に必要となります)



申請先

焼津市健康づくり課窓口・郵送で受け付けます。
また、スマートフォンでの電子申請も可能です。
(ただし、マイナンバーカード取得済みの方のみ利用可能。
事前にxID(アプリケーション)のダウンロードが必要となります)

電子申請はこちら



裏面もあります↑

証明する書類

お薬手帳・診療明細書・
治療方針計画書・入院診療計画書 等

医療用ウィッグの助成を受ける場合
脱毛の副作用のある抗がん剤を処方されたこと
のわかる書類が必要となります。

診療明細書					〇年〇月〇日
ID-×××	氏名	〇〇	〇〇	様	
区分	項目名	点数	回数	金額	
医学管	外来腫瘍科学療法料1	700	1		
注射料	パクリタキセル		1		
					〇〇病院 ☎×××-××××

乳房補整具の助成を受ける場合
乳房切除術の手術をしたことが記載されている
書類が必要となります。

入院診療計画書		〇年〇月〇日
患者氏名	〇〇 〇〇様	
病棟(病室)	〇病棟	
病 名	右乳がん	
治療計画	乳房切除術+センチネルリンパ節生検	

領収書

購入したものが、助成の対象であると
わかる記載が必要です

※医療用ウィッグ(全頭用)
※補整下着 又は 人工乳房

助成の対象商品の記載がない場合、
ウィッグや乳房補整具の内容がわかる
パンフレット等の提出をして下さい

領収書		〇年〇月〇日
〇〇〇	〇〇様	
¥ 38.000 -		
ただし、医療用ウィッグ(全頭用)代金として 上記正に領収しました		
ウィッグショップ〇〇		
焼津市〇〇〇1-2-3		

Q & A

質問	回答
助成してもらえる回数は何回ですか	1人当たり1回に限ります。 ただし、ウィッグ(かつら)と乳房補整具は、それぞれ1回の申請が可能です。
助成対象となる補整具は、1人1つに限られますか	購入される個数は問いませんので、複数購入されたものをまとめて申請してください。 ※購入品が助成限度額未満であっても、申請は医療用ウィッグと乳房補整具はそれぞれ1回のみ申請となります。
再発した場合や異なるがんに罹患した場合・転移した場合には、再度申請可能ですか	再度の申請はできません。
補助金の申請に期限はありますか	あります。 購入した年度の末日(3月31日)までに健康づくり課へ申請してください ただし、1月～3月購入分は購入日の翌日より起算して90日以内です。
申請者は本人のみですか	申請者は本人のみとなります。ただし、その方が18歳未満である場合は代理申請ができます。
ウィッグは医療用(全頭用)に限られますか	対象となるウィッグは医療用で全頭用であるもの、または毛付き帽子です。 ウィッグ本体と装着するために必要なネットは対象に含まれます。 それ以外の付属品やケア用品は対象に含まれません。
ポイントやクーポンを利用した値引き分も助成されますか	ポイントやクーポンを利用した値引き分は、助成対象外です。

問合せ先

焼津市健康づくり課 (保健センター) 焼津市本町5-6-1 ☎054-627-4111
受付時間：平日(土日祝祭日 年末年始除く) 午前8時30分～午後17時15分