

## ～ 村田町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業 ～

がん患者のみなさまの治療と就労や社会参加を支援し、療養生活の質の向上と経済的負担の軽減を図るため、購入費用を助成します。

対象者	<p>次の1～4 全てに該当する方</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 村田町に住民登録のある方</li> <li>2 がんと診断され、その治療を受けた又は受けている方</li> <li>3 世帯の町民税（所得割課税年額）が304,200円未満の方</li> <li>4 過去に他の自治体において、ウィッグ等の購入に係る経費の助成を受けていない方</li> </ol>
助成対象	<p>医療用ウィッグ又は乳房補正具の購入費用</p> <p>※ 申請は1補正具につき1回です。</p> <p>※ 助成はお一人につき医療用ウィッグと乳房補正具左右それぞれ1台ずつ、1回限りです。</p>
助成額の上 限	<p>医療用ウィッグ（かつら）全頭用・・・30,000円</p> <p>乳房補正具（右側）・・・・・・・・・・20,000円</p> <p>乳房補正具（左側）・・・・・・・・・・20,000円</p>
受付期間	<p>補正具を購入した日から1年以内</p>
受付場所及び時間	<p>村田町保健センター</p> <p>平日の午前8時30分から午後5時まで</p> <p>※ 土日祝日及び年末年始（12/29～1/3）はお休みです。</p>
申請書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 村田町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書（様式第1号）</li> <li>2 医療用ウィッグ等の購入に係る領収書の写し又は支払いの事実が確認できる書類（領収書には医療用ウィッグと記載されているもの）</li> <li>3 がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の写し（治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳 等）</li> <li>4 振込先通帳の写し（口座名義人、口座番号が分かるページ）</li> </ol> <p>※ 様式第1号及び第2号は、保健センター、役場本庁舎（健康福祉課）、沼辺支所、菅生出張所に用意しています。町のホームページからもダウンロードできます。</p>

【問い合わせ先】村田町保健センター

TEL：0224-83-2312

E-MAIL：[mura-hok@town.murata.miyagi.jp](mailto:mura-hok@town.murata.miyagi.jp)



## 助成に関する Q & A

女性しか申請できないのでしょうか？	性別の限定はありません。
年齢制限はあるのでしょうか？	年齢制限はありません。
毛髪付き帽子や部分的なウィッグは対象となるのでしょうか？	対象となるのは全頭用のウィッグに限ります。
通信販売で購入したため、送料を支払っています。送料も対象となりますか？	対象外です。ウィッグや乳房補正具本体のみ対象としていますので、送料のほか、ウィッグ用のブラシやクリーナー、下着等は対象外となります。
クレジットカード決済で購入し、領収書がありません。どうしたらよいのでしょうか？	クレジット会社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プリントアウトし提出してください。
領収書の宛名が「上様」となっていますが、申請は可能でしょうか？	いいえ。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もらする必要があります。
ウィッグをレンタルしています。レンタル料は対象となるのでしょうか？	対象外です。
がんの再発や転移、異なるがんに罹患した場合、また申請をすることはできるのでしょうか？	できません。対象者1人につき1補正具1回限りです。 申請できるのは、ウィッグ1回、乳房補正具（左右それぞれ1回）、合計3回までになります。