

伊仙町がん患者アピアランスケア支援助成事業について

がん患者の方の経済的負担及び精神的負担を軽減し、治療と就労等の両立を支援することを目的に補整具の購入費用の一部を助成します。

対象者

- (1) 申請時点で伊仙町に住所を有する者
- (2) がん患者でがん治療に伴う脱毛又は乳房の変化に対応するための補整具を必要とする者
- (3) 他制度による助成等を受けていない者

対象経費

- (1) ウィッグ等
がん治療に伴う脱毛に対応するために着用するウィッグ(全頭用)及び頭皮保護用ネット
- (2) 乳房(胸部)補整具
手術による乳房の変化に対応するための補整下着、補正パット、専用入浴着、人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)

助成金の額及び回数

- (1) ウィッグ等
対象経費と 20,000 円のいずれか少ない額
- (2) 乳房(胸部)補整具
対象経費と 10,000 円のいずれか少ない額

- ・ 対象者1人につきそれぞれ1回限りとし、ウィッグについては1台限りとします。

申請に必要な書類

- ・ 伊仙町がん患者アピアランスケア支援助成事業交付申請書兼請求書
- ・ がん治療を受けていることを証明する書類(治療方針計画書、診療報酬明細書等)
- ・ 助成対象用具の購入に係る領収書(氏名、購入年月日、明細が分かるもの)
- ・ 助成金の振り込みを希望する口座の通帳の写し

申請先

伊仙町健康増進課 保健センター
電話番号:0997-86-2124
FAX 番号:0997-86-2064