

～がん治療を受けられた方へ～

ウィッグ、乳房補整具 購入費用助成事業のご案内

日高町では、がん治療による負担を軽減し、社会参加の促進や、療養生活の質の維持、向上を図るため、医療用補整具の購入費用を助成します。

対象となる方

以下のいずれにも該当する方

- がんと診断され、がんの治療を受けた方又は現在がん治療中の方
- がん治療による脱毛又は乳房切除を受け、医療用補整具を購入した方
- 日高町や他の自治体から、同様の補整具購入の助成を受けたことが無い方
- 補整具の購入日と申請日に日高町内に住所を有する方

対象となる補整具と助成内容

①医療用ウィッグ（全頭用）

がん治療による脱毛に対応するため、一時的に着用するもの（装着時に皮膚を保護するネットを含みます）

【助成金額】購入費全額（上限4万円）

②乳房補整下着

外科的治療等による乳房の変形に対応するための補整下着（下着とともに使用するパッドを含みます）

【助成金額】購入費全額（上限2万円）

③人工乳房、人工乳頭

外科的治療等による乳房の変形に対応するための人工乳房及び人工乳頭（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものは対象外です）

【助成金額】購入費全額（上限4万円）

※助成回数は、補整具1種類ごとに1回までとなります。（人工乳房・人工乳頭について、両側の場合は左右それぞれ1回までの助成となります）

※上記以外の付属品やケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）、購入に要した経費（交通費や郵送費等）は助成の対象外です。

※令和5年4月1日以降に購入した補整具が対象となります。

申請方法

補整具を購入した日の翌年度末までに以下の書類を子育て福祉健康課まで提出してください。

- 日高町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- がん治療を受けた、又は受けていることとがん治療による脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（診断書、入院診療計画書等）
- 補整具の領収書（補整具の購入日、購入品目、個数、購入金額の記載のあるもの）の写し
- 助成金の振込先金融機関の口座番号を確認できる書類の写し（通帳のコピー等）



問合せ先

日高町役場 子育て福祉健康課

TEL：0738-63-3801（平日 8：30～17：15）