

アピアランスケア用品 購入費助成のご案内

(医療用ウィッグ・補整具等の購入費助成)

志免町では、がん患者・がん経験者の方の心理的負担を軽減するとともに、社会参加を促進し、よりよい療養生活をおくれるよう、医療用ウィッグや補整具などの購入費用の一部を助成します。

対象者

①～④すべてに該当する方

- ①志免町に住所を有する人
- ②がんと診断され、がんの治療を受けた人または治療中の人
- ③対象者が属する世帯全員の市町村民税のうち、所得割課税年額の合計額が23万5千円未満であること

対象となる用具

- 医療用ウィッグ等
医療用ウィッグ（部分用ウィッグ可）、装着用ネット、毛付き帽子
- 補整具等
補整パッド、補整下着、専用入浴着、エピテーゼ（補整用人工物）、弾性着衣（弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ）

以下のものは助成対象となりませんのでご注意ください。

- ・医療保険(健康保険)や他の公的補助制度を活用できる用具
- ・国や他の自治体から助成を受けている用具
- ・付属品やケア用品（クリーナー、リンス、ブラシなど）
- ・購入費以外の費用（購入店までの交通費、送料など）

助成額

- 医療用ウィッグ等
購入額の合計の半額(千円未満切り捨て)または**2万円**のいずれか低い方
- 補整具等
購入額の合計の半額(千円未満切り捨て)または**1万円**のいずれか低い方

申請に必要な書類などは裏面へ



申請方法

下記の書類を 志免町役場 健康課 にご提出ください。

< 申請に必要な書類 >

申請書	志免町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書 (様式1号) に記入
がん治療を受けた ことがわかる書類	がん治療を行った医療機関名の入った書類 【例：診療明細書、治療方針計画書】
補助対象用具の 領収書および明細書	購入日、合計金額、品目、金額、個数がわかるもの
振込先口座を確認できる書類	振込を希望する金融機関のカナ名義、口座番号を確認できるもの 【例：預金通帳、キャッシュカード等】
世帯全員の所得および 課税状況を証明する書類	1月1日時点で志免町外に住所を有していた方のみ

申請書（志免町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書(様式1号)）は、
志免町ホームページからダウンロードできます。



志免町 アピアランスケア__

検索

もしくは



また、申請書は健康課の窓口にも準備してあります。

その他 注意事項

- 申請年度中（4月1日～3月31日）に購入したものが対象です。
体調不良などで申請が難しい場合は、ご相談ください。
- 購入の個数制限はありません。
- 助成回数は、医療用ウィッグ等・補整具等それぞれ1回限りです。

< 申請窓口・お問い合わせ >

志免町役場 健康課 ☎092-935-1484（平日 8:30～17:00）