

大崎町がん患者アピアランスケア支援事業

大崎町では、がん治療に伴う精神的・経済的負担等を軽減するため医療用ウィッグや乳房（胸部）補整具の購入費用の一部を助成し、治療や就労等の社会生活を支援します。

対象者

- ①大崎町に住所を有している方
 - ②がんと診断され、がんの治療（薬物療法、放射線療法、手術等）を受けた方、または、現在受けている方
 - ③過去に医療用ウィッグや乳房（胸部）補整具の購入費用の助成等を受けていない方
- ※①②③すべてを満たす方が対象です。

対象

- ①医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む）
 - ②乳房（胸部）補整具（補整下着・補整パッド・専用入浴着・人工乳房）
- ※申請は対象者１人につきそれぞれ１回限り。医療用ウィッグは１台限り。

助成金額

- ①ウィッグ購入額または 20,000 円のいずれか少ない方の額
- ②乳房（胸部）補整具購入費または 10,000 円のいずれか少ない方の額

申請期限

対象となる医療用ウィッグ、乳房（胸部）補整具の購入日の属する年度内
※やむを得ない事情で期限内に申請できない場合は、保健福祉課健康増進係までご連絡ください。

お手続きの流れ

- ①次の必要書類をご準備のうえ、保健福祉課健康増進係に提出してください
 - ・大崎町がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書
 - ・がん治療を証明する書類（がん治療受診証明書、診療明細書、治療方針計画書等）
 - ・ウィッグ、乳房（胸部）補整具購入の領収書等の写し
 - ・本人を確認する書類の写し（マイナンバーカード、住民票、運転免許証等）
 - ・申請者名義の口座の写し
- ②大崎町で審査を行い、要件を満たした場合は交付決定（確定）通知書が送付されます。
- ③ご指定の口座へ支援金を振込みます。