

利府町がん患者医療用補正具 購入費用助成事業のご案内

利府町では、がん治療と就労・社会参加等の両立を支援するため、がんの治療に伴う外見の変化に対応する目的で購入した補正具の購入費用の一部を助成します。

| | |
|-------------|--|
| 申請期限 | 補正具を購入した日から1年以内 ※令和5年4月1日より前に購入した医療用ウィッグは令和5年3月31日までの申請となります。 |
| 対象者 | 次の要件を全て満たす方 1 利府町に住所がある方 2 がんと診断され、現在治療中または過去に治療を受けたことのある方 3 <u>世帯</u> の市町村民税の所得割課税年額が304,200円未満である方 (4月から6月までの申請は前年度分、7月から翌年3月までの申請は当該年度分で判定を行います) 4 過去に都道府県及び他の市町村から補正具の購入費用に係る助成を受けていない方 5 申請時点で町税の滞納がない方 |
| 助成金額 | 購入費用(本体価格+消費税)の2分の1の額(1,000円未満切り捨て) ※上限20,000円 ※助成は補正具の種類につき1回限りです。 |
| 対象となる補正具の種類 | 1 全頭用医療用ウィッグ(部分用のウィッグや毛髪付きの帽子は対象外です) 2 乳房補正具(右側) } 人工乳房(体内に挿入する人工乳房を除く)、 3 乳房補正具(左側) } パッド、ニップル等 ※いずれも本体に含まれない付属品、ケア用品、補正下着、送料等は対象外です。 |
| 必要書類 | 1 利府町がん患者医療用補正具購入費用助成金支給申請書(様式第1号) 2 所得照会同意書(様式第1号別紙)、 <u>世帯全員分</u> の本人確認書類の写し 3 がん治療を受けていること若しくは受けていたことを証明する書類 (診療明細書、治療方針計画書等)またはがん治療受診証明書(様式第2号) 4 補正具を購入したときの領収書(購入日、品名、支払金額の記載があるもの) ※様式第1号、第2号は保健福祉センターでお渡しするほか、町ホームページからもダウンロードできます。 |

— 申請・問い合わせ先 —

保健福祉部 健康推進課健康総務係(保健福祉センター内)
【電話】022-356-1334 【FAX】022-356-1303
【メール】kenkou@rifu-cho.com

