

# 医療用ウィッグ・乳房補正具の購入費用を助成します

丸森町では、がん患者さんの療養生活の質の向上と社会復帰を応援するために、医療用補正具の購入費用の一部助成を行います。



## 対象者 \*次の要件を満たす方

- ・丸森町に住所を有する方
- ・がん治療を受けた方や現在治療中である方
- ・世帯の町民税(所得割課税年額)が304,200円未満である方
- ・過去に他の自治体等において補正具等の購入費用助成金等を受けていない方
- ・対象者が町税等の税金等を滞納していない方

## 助成対象補正具 \*申請する年度内に購入した物が対象です

| 対象補正具          | 上限金額     |
|----------------|----------|
| 医療用ウィッグ 全頭用が対象 | 30,000円  |
| 乳房補正具(右・左)     | 各20,000円 |

医療用ウィッグの付属品やケア用品、補正下着は対象外です。  
申請は、各補正具につき、1回限りです。

## 助成金額

助成金額:購入経費の2分の1または、上限額のいずれか低い額  
千円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てます。

例1) 5万円の医療用ウィッグを購入した場合、2分の1の額の2万5千円が助成額となります。

例2) 5万円の右側の乳房補正具を購入した場合、2分の1の額が2万5千円となりますが、助成の上限額が2万円のため、助成額は2万円となります。

## 申請期限

対象補正具を購入した日の属する年度の3月31日まで

## 必要書類 \*申請には次の書類等が必要です

- 丸森町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書(様式第1号)
- がん治療を受けている(受けていた)ことが確認できる書類  
(化学療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書等)
- 補正具の購入に係る領収書の写し(購入日、品目及び金額が記載されているもの)
- 振込先の預金通帳の写し(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義のわかるもの)

## 申請方法

上記の必要書類をご持参のうえ、保健予防班へ申請してください。  
申請前に保健予防班までお問合せください。申請等の説明をいたします。

問い合わせ先 保健福祉課 保健予防班  
電話 0224-72-3019