

## がん治療を受けた方へ

# 医療用ウィッグ(かつら) 乳房補整具の購入費用を助成します

東伊豆町では、がん患者のがん治療による外見変貌を補完する医療用ウィッグや乳房補整具（※まとめて医療用補整具という。）の購入費用の一部を助成することにより、がんの治療を受けた方の経済的負担を軽減しています。

## 助成の対象となる方

下記①～④の項目すべてに該当する方

- ①がんと診断され、その治療により脱毛又は乳房を切除し、医療用補整具を購入した方
- ②過去に他の地方公共団体から医療用補整具の購入費の助成を受けていない方
- ③医療用補整具を購入した日から申請の日までの間、引き続き東伊豆町に住所を有する方
- ④町税等を滞納していない方

## 助成対象補整具

令和2年4月1日以降に購入した医療用ウィッグ及び乳房補整具

※助成はそれぞれ1人1回です。

## 助成金額

### 【医療用ウィッグ】

全頭用であるもの（毛付き帽子、皮膚を保護するネットを含む）  
上限2万円

### 【乳房補整具】（①②のいずれか）

- ①補正下着（下着とともに使用するパッドを含む）  
上限2万円
- ②人工乳房  
上限10万円

※購入額が上限に達していない場合は、実際に購入した金額を助成します。

※付属品やケア用品（クリーナー、リンス及びブラシ等）、購入のために要した交通費、送料等は対象外です。

※申請方法については裏面をご覧ください。

お問い合わせ先 東伊豆町役場  
健康づくり課保健予防係（保健福祉センター）  
0557（22）2300

## 申請について

医療用ウィッグ又は乳房補整具を購入した日の属する年度末（3月31日）までに、下記の書類等をそろえ、東伊豆町保健福祉センターへ申請してください。

※ただし、1月から3月までに購入した場合は、購入日から90日以内

- ①東伊豆町若年がん患者医療用補整具購入支援事業申請書（様式第1号）
  - ②がん治療を受けていること及びがん治療により脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類
  - ③医療用補整具を購入したことがわかる領収書（申請者の氏名、購入年月日、品目及び金額の記載のあるもの）
  - ④認め印
  - ⑤振込口座の確認ができるもの
- ※対象となる方が未成年者の場合、保護者の方が申請してください。