

～西和賀町にお住まいのがん患者の方へ～

医療用ウィッグ購入費用の一部を補助します

西和賀町では、がん患者の皆様の経済的負担を軽減し、社会参加と療養生活の支援を行うため、全頭用の医療用ウィッグ（以下「ウィッグ」という。）の購入費用の一部を補助します。

対象者（町内に住所を有する者のうち、以下の項目の全てに該当する者）

1. がんと診断され、がんの治療を行った者又は現に行っている者
2. がんの治療に伴う脱毛により、ウィッグを購入した者
3. 過去にこの要綱に基づく補助金の交付を受けていない者

補助対象経費

- ・ 令和6年4月1日以降に購入した全頭用の医療用ウィッグとなります。
（注） ウィッグ購入のために要した交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用及び付属品、ケア用品等の購入費用は、対象としません。

補助金額

- ・ 補助対象経費の2分の1です。（上限額2万円）
（注） 1. 補助金額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額となります。
2. 対象者1人につき、ウィッグ1台、1回限りの交付となります。

申請期限

- ・ ウィッグの購入費を支払った日から起算して6か月以内
（注） やむを得ない理由により6か月以内に申請できなかった場合は、西和賀町健康福祉課（0197-85-3411）にご相談ください。

申請書類

下記の書類一式をご用意いただき、西和賀町健康福祉課までご持参ください。

- ① 西和賀町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- ② がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていた又は現に受けていることを証明する書類（化学療法、放射線療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し
- ③ ウィッグを購入したことを証明する書類（品名や金額の記載のある領収書）の写し
- ④ 本人を確認する書類（運転免許証、個人番号カード、医療保険証等）の写し
- ⑤ 振込口座の通帳の写し（口座番号、口座名義がわかる箇所）
- ⑥ 印鑑

問い合わせ先：西和賀町健康福祉課（0197-85-3411）