

～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正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）