

## がん患者医療用補整具購入費助成事業

がん治療を受けて、医療用補整具（医療用ウィッグ又は乳房補整具）を購入した方の、購入にかかった費用を助成します。

### 対象者

以下のすべてに該当する者

- (1) 申請日において、下田市に住所を有する者
- (2) 医療機関においてがんと診断され、かつ、がん治療を過去に受け、又は現に受けている者
- (3) がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除により医療用補整具を購入した者
- (4) 過去に他の地方公共団体から医療用補整具の購入費の補助等を受けていない者
- (5) 市税等を滞納していない者

### 対象となる補整具と助成金額

助成の対象となるのは、令和2年9月以降に購入した補整具で、対象者1人につき下表①②それぞれ1回限りです。

医療用補整具の区分	医療用補整具の要件	助成上限金額
①医療用ウィッグ（かつら）	全頭用であるもの （毛付き帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む）	2万円
②乳房補整具	補整下着（下着とともに使用するパッドを含む）	2万円
	人工乳房	10万円

### 申請手続き

医療用補整具を購入後に必要書類を添えて下田市市民保健課へ申請する

### 申請に必要な書類

- ・ 下田市がん患者医療用補整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ことを証明する書類（薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等）
- ・ 医療用補整具の購入に係る領収書の写し（申請者の氏名、購入した年月日、品名及び金額の記載のあるもの）

### 問い合わせ先

下田市役所市民保健課健康づくり係

TEL：0885-22-2217