

がん患者のアピアランスケア 支援事業助成金のご案内

愛荘町では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がよりよいものになるよう、ウィッグ（かつら）や帽子の購入経費の一部を助成する事業を始めます。（令和2年4月1日～）

助成を受けることができる方

助成の対象となる方は、次の項目すべてに該当する方です。

- 申請日時点で、愛荘町に住民票がある方
- 抗がん剤治療等の副作用による脱毛症状に対処するために、ウィッグや帽子を購入した方で、現にがん治療を受けている方または過去にがん治療を受けていた方

助成対象経費

助成の対象となるのは、購入日から1年以内に申請した、以下の品目購入費用です。（令和2年4月1日以降購入が対象）

- ウィッグ（かつら）
- ウィッグ装着のためのネット
- 帽子 *手作りの材料費は対象外

助成金額

10,000円

（購入額が1万円に満たない場合は、実際に購入した金額。千円未満切捨）

申請者は助成対象者1人につき、1回限りです。

申請方法

申請書に必要事項を記入して、領収書等のコピー、治療を証明する書類のコピーを添えて、申請先まで郵送でお送りください。

<申請に必要な書類>

- 愛荘町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書
 - ウィッグ等を購入したことがわかる領収書等のコピー
 - 治療を証明する書類のコピー（診療証明書、入院診療計画書、お薬手帳等）
- *抗がん剤名称が記載されているなど、がん治療を受けていることが確認できるものとしてください。

申請期限：申請できるものは、令和2年4月1日以降の購入日で、購入後1年以内のものになります。

申請先・お問合せ先

〒529-1380 愛知郡愛荘町愛知川72番地

電話：0749-42-4887

FAX：0749-42-5887

愛荘町役場健康推進課

<申請にあたり、ご注意くださいこと>

1 「領収書の写し」に、宛先、品目、日付があるか、ご確認ください。



領 収 書 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇 〇〇 様 金額 <u>△△△△△ 円</u> 上記正に領収いたしました。 但し、ウィッグ代として 株式会社〇〇
--



領 収 書 〇〇年〇〇月〇〇日 金額 <u>△△△△△ 円</u> 上記正に領収いたしました。 株式会社〇〇
--

2 助成対象者と、助成金振込口座名義が異なる場合は、委任状の提出をお願いします。(ただし、助成対象者が未成年の場合は不要)

<よくあるお問合せ>

Q1 治療を証明する書類ってなにを送ればいいのかわからない。

A1 これまでの申請時に添付されている書類で多いものは、「診療明細書」と「入院診療計画書」です。
このほか、お薬手帳の写しや保険会社に提出する診断書などもありました。

(例)

診断明細書		〇年〇月〇日		
ID-XXXXX	氏名	〇〇 〇〇 様		
区分	項目名	点数	回数	金額
入院料	薬剤管理指導料 1			
医学管	カルボプラチン注射液 150ml	380	1	
理学等	エトポシド点滴静注液 100ml	450	1	
がん治療のための薬剤 が書かれているもの		〇〇病院	電話 XXX-XXX-XXXX	

入院診療計画書		
患者氏名	〇〇 〇〇 様	〇年〇月〇日
病棟 (病室)	〇病棟	
病 名	〇〇	
症 状	〇〇	

よくわからない場合は、該当しそうな書類をお送りください。必要なもののみコピーをとらせていただき、ご返却します。