

本巢市がん患者医療用補正具購入費助成金交付事業の概要

令和7年度の助成の対象となるのは、令和7年4月1日から令和8年3月31日に購入したがん患者の医療用補正具【医療用ウィッグ（全頭用）又は乳房補正具】です。（令和7年3月31日までに購入した医療用補正具は対象にはなりません。）

申請の受付期間は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までです。本巢市役所健康支援課に書類を提出してください。

助成の対象となる人	※以下の要件を全て満たす人 ①補正具を購入した日及び申請時に本巢市内に住所を有している人。 ②がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を過去に受けた人、又は現在受けている人。 ③がんの治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、治療と就労、社会参加等との両立に支障が出る、又は出るおそれのある人。 ④申請を行う補正具について、岐阜県以外の都道府県及び本巢市以外の市町村の助成を受けていない人。
助成の対象となる経費及び助成額・上限額	【助成の対象となる経費】 頭髪補正具：医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費用（本体価格＋消費税） 乳房補正具：乳房の補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着 ※附属品（クリーナー、リンス、ブラシ等）や購入にかかった経費（交通費、郵送費、振込手数料等）は、対象外となります。 【助成額・上限額】 当該購入費用の額1/2（千円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額、 <u>2万円</u> を上限とする。） ○助成はお一人につき、補正具の種類ごとに1回限りです。 ○複数の補正具の合計購入金額が助成上限額（2万円）の範囲内であっても1台分の購入経費のみが対象です。
申請関係書類	1 本巢市がん患者医療用補正具購入費助成金申請書（様式第1号） 必要事項を記入してください。 保健センターの窓口やホームページにて取得可能です。 ※振込先をゆうちょ銀行に指定される場合：記号（5桁の数字）と番号（8桁の数字）をご記入ください。 ※振込先は、申請者名義に限ります。 2 当該申請に係る補正具の購入費用額が確認できる領収書 領収書（原本）に「本巢市がん患者医療用補正具購入費助成済み」印を押印し、コピーして返却します。 3 診療明細書などががんの治療を受けていることを証する書類の写し 治療方針計画書・診療明細書・がん医療連携クリティカルパス・お薬手帳など

	<p>4 住民票の写し</p> <p>申請日から3ヶ月以内で、医療用補正具購入日に本巢市内に住所を有していることが確認できるもの。(マイナンバーの記載不要)</p> <p>※保護者又は代理の家族が助成対象者に代わって申請する場合は、世帯全体が記載されているもの。</p> <p>本人の住民票の写しのみで保護者又は代理の家族であるか確認が出来ない場合は「福祉医療証」「母子健康手帳」「保険証」等</p>
<p>申請先・ お問い合わせ先</p>	<p>受付時間：平日：8時30分～17時15分</p> <p>本巢市役所健康支援課 本巢市早野255番地 058-320-0153</p>