

泉佐野市がん患者医療用ウィッグ等 購入費助成事業のご案内

泉佐野市では、がん患者の治療と就労の両立、療養生活の質がよりよいものになるように、抗がん剤治療等によって脱毛が生じた方や乳房切除を受けた方へ医療用ウィッグ(かつら)や乳房補正具の購入費用の一部を助成します。

助成対象者

助成の対象となるのは次のすべてに当てはまる方

1. がん治療の副作用などによる脱毛症や乳房補正に対処するために医療用ウィッグや乳房補正具を購入した方で、抗がん剤治療を現に受けている又は過去に受けた後経過観察中で通院している方
2. 申請をする日までに、引き続き1年以上泉佐野市に住民登録のある方
3. 世帯全員が市税の滞納がないこと（※分割納付履行中及び分割納付誓約書を提出した方も含む）
4. 過去にこの助成金や他の同様の法令もしくは地方公共団体の条例等に基づく助成などを受けていない方
5. 購入した日の月から1年以内の申請であること

助成内容及び金額

1万円又は医療用ウィッグ本体や乳房補正具を購入するために要した費用の2分の1の額のいずれか低い額

※助成対象となるのは、ウィッグ本体1回、乳房補正具1回です。その他の附属品、インナーキャップやケア用品等は対象となりません。

申請方法

購入した日の翌日から1年以内に下記の書類を健康推進課へご提出ください。

1. 泉佐野市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書
2. がん治療を現に受けている又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類（病名記載のある入院診療計画書、医師の診断書など写し可）
3. 購入した補正具の領収証書（写し可）※購入者(助成対象者)氏名・購入額・購入日・品名の記載されたもの
4. 振込先が確認できるもの（通帳、キャッシュカードなど。写し可）

※やむを得ない理由により直接窓口で申請できない場合は、郵送で申請できます。事前にお問い合わせください。

申請書は健康推進課にあります。もしくは、市ホームページからダウンロードできます。

問い合わせ先

泉佐野市健康推進課

【電話番号】072-463-1212（代）内線2312

【FAX番号】072-461-4571

【E-mail】hoken-c@city.izumisano.lg.jp