

アピアランスケア（がん患者補正具購入費助成事業）

がん患者の皆様へ

ウィッグ(かつら)・補正具の購入費用を助成します

砺波市と富山県では、がん患者の皆様の生活の質の向上と就労や社会参加を支援することを目的に、ウィッグと乳房補正具の購入費用の一部を助成します。

<対象となる方>

次の要件を全て満たす方

- ・ 砺波市内に住所を有し、かつ1年以上居住している
- ・ がん治療を受けているまたは受けた
- ・ がん治療に伴う脱毛または乳房切除により補正具を購入した
- ・ 本人及び同一世帯家族に市税等の滞納がない

<助成の対象となる補正具と助成額>

補正具		購入費用	助成額
ウィッグ	頭皮保護用ネット含む	40,000 円未満	(1)と(2)の合計額 (1)購入費用の2分の1 (1,000 円未満切り捨て) (2)(1)の額の2分の1
		40,000 円～59,999 円	購入費用の2分の1(1,000 円未満切り捨て)に10,000 円を加算した額
		60,000 円以上	40,000 円
乳房補正具 (右、左)	補正パットや人工乳房補正パットや人工乳房を購入した場合は、それらを固定する下着も含む	20,000 円未満	(1)と(2)の合計額 (1)購入費用の2分の1 (1,000 円未満切り捨て) (2)(1)の額の2分の1
		20,000 円～39,999 円	購入費用の2分の1(1,000 円未満切り捨て)に5,000 円を加算した額
		40,000 円以上	25,000 円

※令和7年4月1日以降に購入した補正具が対象です。

※申請は、対象者一人あたり各補正具1回限りです。

※他制度の助成を受けた場合は、購入経費よりその額を除いた額を助成対象経費とします。

<申請期限>

購入した日が属する年度の末日（毎年4月1日～3月31日まで）

※購入した日は領収日とする。（クレジットカード払いの場合は利用明細書の利用日とする。）

裏面に続きます→

＜申請に必要なもの＞

- ① 砺波市がん患者補正具助成金交付申請書(兼請求書)
 - ② がん治療を受けた、または現在受けていること及びがん治療に伴い脱毛または乳房を切除したことを証明する書類(化学療法または手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など)
 - ③ 補正具購入にかかる領収書または購入したことが確認できる書類(購入日、品名、金額の記載があるもの)
 - ④ 助成金の振込先口座がわかるもの(通帳など)
 - ⑤ 市税等納付(納入)状況確認承諾書(申請時、窓口で記入いただきます)
 - ⑥ 前住所地での納税証明書(本人とその同一世帯家族のうち、申請する年の1月1日現在において市内に住所がない方のみ)
- ※①、⑤の様式は、砺波市健康センターで配布または砺波市ホームページからダウンロードできます。

＜お問い合わせ先＞

砺波市健康センター（市立砺波総合病院北棟2階）

砺波市新富町1-61 Tel 32-7062 Fax 32-7059



R7.4月作成