

播磨町がん患者医療用補整具購入費助成事業

がん患者の方が、がん治療に際して、医療用補装具（医療用ウィッグや乳房補整具）の購入にかかった費用の一部を助成します。

助成対象者

右のすべてに
該当する方が対象

- 1 助成の申請日および対象補整具の購入日に播磨町に住民票のある方
- 2 町税を滞納していない方
- 3 がんと診断され、その治療を受けた方または現在治療を受けている方
- 4 播磨町および他の地方公共団体から、対象補整具の購入費の助成を受けていない方

助成対象補整具 助成額

1と2は両方申請できます。



- 1 **医療用ウィッグ**（1人1台に限る）・・・**上限5万円**
がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの（毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む）

- 2 乳房補整具（ア・イのうちいずれか）
 - ア. **補整下着**・・・**上限1万円**
※外科的治療等による乳房の形の変化に対応するためのもの（1人1台に限る。下着とともに使用するパッドを含む）
 - イ. **人工乳房**・・・**上限5万円**
（両側乳がんを除き、1人1台に限る。
乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）

【助成対象外のもの】

対象補整具の付属品、ケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）

申請期限

購入日の属する年度の末日（3月31日）か、
購入日の翌日から起算して90日を経過した日のどちらか遅い日。

裏面に申請書類等を記載していますので、ご確認ください。

●申請書類

- 1 播磨町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- 2 がん治療を受けたこともしくは現在治療を受けていること、疾患名およびがん治療に伴う脱毛、もしくは外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（原本または写し）
- 3 対象補整具の購入に係る領収書の原本（申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、数量の記載のあるもので、かつ医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補整具は補整下着または人工乳房であることが備考等に記載されているもの）
- 4 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
- 5 町税・課税状況確認承諾書（様式第2号）
…納付状況の確認（前ページ助成対象者2の確認）、兵庫県への手続きに必要となります。
- 6 （転入等により町で課税状況が確認できない場合のみ）下記の別表に記載する課税状況を証明できる書類 またはその写し

※様式第1号と様式第2号は播磨町ホームページからダウンロードできます。

支給方法

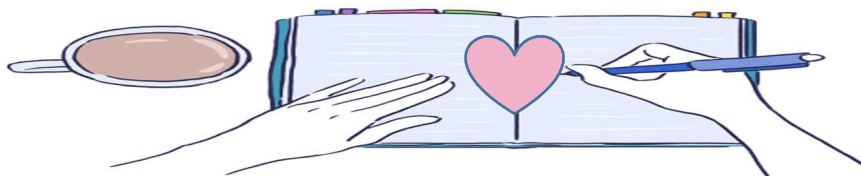
申請書等を審査し、承認したときには、口座振込により支給。

別表（転入等により町で課税状況が確認できない場合のみ必要）

対象補整具を購入した者の区分	証明を要する前年中の課税状況 (1月から5月までの間において申請をする場合は前々年の課税状況)
未成年の方 (法律上の婚姻をしている場合を除く)	対象補整具を購入した者及び当該購入した者と 生計を一にする親権者全員の課税状況
成年かつ未婚の方	対象補整具を購入した者の課税状況
法律上の婚姻をしている方	対象補整具を購入した者及び当該購入した者の 配偶者の課税状況



播磨町ホームページ



申請受付・問い合わせ窓口

播磨町健康福祉課 電話 079-435-2611