

がん治療に伴い必要になったウィッグ・乳房補整具の購入費を助成します

■対象者

次のすべてに該当する方が対象になります。

- 1 十日町市内に住所を有する方
- 2 がんと診断され、かつ、その治療を受けた方又は現に受けている方
- 3 がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除に伴う補整具が必要である方又は必要となることが想定される方
- 4 他の市町村等からこの助成金と同種の助成金等の交付を受けていない方

■助成対象となる補整具（令和7年4月1日以降に購入した、以下の補整具）

補整具	内容
ウィッグ	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用するもの。
乳房補整具	次のいずれかの補整具 (1) 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。） (2) 人工乳房（乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）

■助成額

全ての補整具の購入費の2分の1（千円未満切り捨て） 上限2万円

■助成回数

対象者1人につき1回に限ります。

■申請に必要な書類

助成対象物品の購入日の属する年度の末日までに以下の必要書類を提出してください。

- 1 十日町市がん患者補整具助成金交付申請書兼請求書
（健康づくり推進課の窓口のほか、市のホームページからダウンロードできます）
- 2 次のことを証明する書類（診断書、治療計画書等）
 - ・がんと診断され、かつ、その治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類の写し
 - ・がん治療に起因する脱毛若しくは乳房の切除又はそのおそれがあることが見込まれることを証明する書類の写し
- 3 助成対象物品の購入に係る領収書等の写し
- 4 購入した補整具の内容が確認できる商品カタログ等の写し
- 5 振込先口座の通帳の写し
- 6 本人確認ができる書類（郵送の場合は写し）
 - ・マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等

■申請方法

全ての申請書類を用意し、健康づくり推進課窓口にお持ちいただくか、郵送でお送りください。

【窓口での申請】

- ・代理の方が手続きにお越しになる場合、「本人確認ができる書類」は代理の方ご自身のものをご持参ください。
- ・書類に訂正箇所がある場合に訂正印が必要になりますので、印鑑（認印）をご持参ください。

【郵送での申請】

次の住所に必要な書類を送付してください。

〒948-8501 十日町市千歳町3丁目3番地
十日町市役所健康づくり推進課 宛て