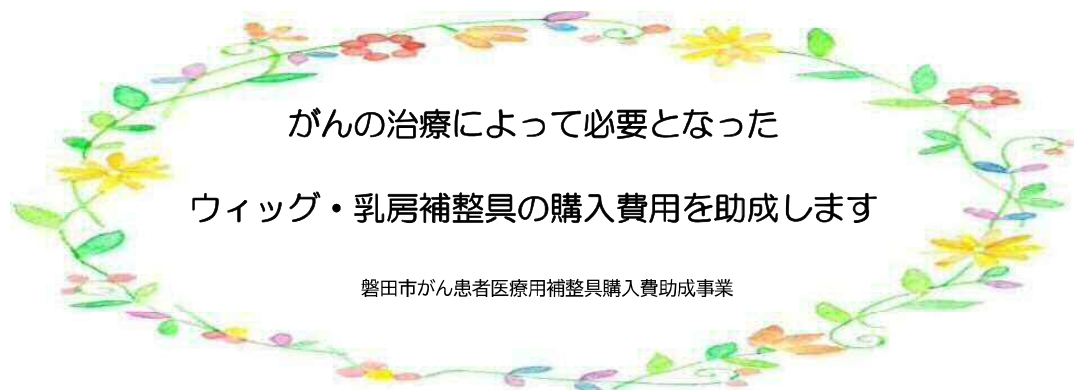


・・・がん患者さんの就労や社会参加を応援するために・・・



【対象となる方】以下すべての要件を満たす方

- ・申請時に磐田市に住所がある方
- ・がんと診断され、その治療により脱毛または外科的治療等による乳房の変形に対する医療用補整具を購入した方
- ・過去に磐田市や、県内外の自治体から同種の助成を受けていない方

【助成内容・金額】

助成の対象		助成上限額
ウィッグ	全頭用または毛付き帽子 (皮膚を保護するネットを含む)	2万円
乳房補整具	①補整下着 (パットを含む)	2万円
	②人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	10万円

※購入額が上限額に満たない場合は、実際に購入した金額を助成します。

※購入する個数は問いませんが、複数購入した場合でも助成は上限額までとなります。

※乳房補整具の申請は①②どちらか一方です。

【助成回数】

1人当たり、ウィッグ・乳房補整具それぞれ1回限りの助成です。

【申請期限】

ウィッグ・乳房補整具を購入した日の属する年度末（3月31日）までに磐田市健康増進課へ申請をしてください。（郵送可）

※ただし、1～3月に購入した場合は、購入日から90日以内に申請をしてください。

【申請書類】

申請書類様式は健康増進課で受け取るか市ホームページからダウンロードできます。

	書類名	注意事項など
1	がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書（様式第1号）	<ul style="list-style-type: none"> 代筆可能です。 申請者は治療を受けた本人としてください。 未成年の場合、申請者欄に保護者の名前を記入してください。
2	がんの治療に伴い脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類 例）外科的治療等又は、化学療法、放射線療法等に関する説明書、治療方針計画書、診断書など	<p>【ウィッグ購入で申請する場合】 診断名と化学療法、放射線療法等の記載のある書類</p> <p>【乳房補整具で申請する場合】 診断名と外科的治療等の記載のある書類</p>
3	医療用補整具の購入に係る領収書	<p>原本を提出してください。</p> <p>【領収書がない場合】 ①氏名②購入日③購入金額④品名⑤購入先の名称及び住所のすべてを確認できる書類を併せて提出してください。 例）クレジットカード会社からの請求明細書、申し込みの受注確認のメールのコピー、納品書、パンフレット、カタログ等</p>
4	がん患者医療用補整具購入費助成金請求書（様式第4号）	<ul style="list-style-type: none"> 代筆可能です。 請求者は治療を受けた本人としてください。 未成年の場合、請求者欄に保護者の名前を記入してください。 口座名義人が請求者でない場合は、委任状欄も記入してください。 <p>※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方は通帳のコピー（口座情報の記載箇所）も提出してください。</p>

【お問合せ】

磐田市健康増進課健康支援グループ（i プラザ3 階）

住所：〒438-0077 磐田市国府台57 番地7

電話：0538-37-2011

ホームページ：[磐田市](#)検索 ページ番号 1007569



代筆記入も可能ですが、申請者は医療用補整具を必要とする本人としてください。

様式第1号（第6条関係） 未成年の場合、保護者の名前を申請者欄に記入してください。

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

見本

令和 年 月 日

磐田市長

申請者氏名

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、磐田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたり磐田市から医療機関への治療内容等についての照会、購入先への補整具の内容等についての照会及び助成金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し助成実績に係る情報を提供することについて同意します。

申請者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	T・S・H 年 月 日	性別	男・女
	住所 電話番号			
助成対象者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所 電話番号			
助成の対象となる経費	医療用補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	
			補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む)	人工乳房
	購入日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	購入費用	円	円	円
助成申請額		円		
過去における医療用ウィッグ購入に係る助成金の受給の有無			有(自治体名:)・無	
過去における乳房補整具購入に係る助成金の受給の有無			有(自治体名:)・無	

購入費用は、医療用補整具として支払った金額を記入してください。(代引き手数料・送料は含みません)
助成申請額は上限額、または上限以下の場合は購入費用欄で記入した金額を記入してください。
(上限額: ウィッグ2万円・補整下着2万円・人工乳房10万円)

赤枠のみを記入してください。
請求者は医療用補整具を必要とする本人としてください。
未成年の場合、保護者の名前を記入してください。

見本

様式第4号（第8条関係）

がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

請求書の日付は空欄で
お願いします。

令和 年 月 日

磐田市長

住 所
請求者 氏 名
電話番号

令和 年 月 日付け磐健健第 号により交付決定を受けた磐田市がん患者医療
用補整具購入費の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫	支店
口座の種類	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

がん患者医療用補整具購入費の助成の受領を

住 所
氏 名

に委任します。

令和 年 月 日

委任者

住 所
氏 名