

## 和木町がん患者補正具購入費補助金について

和木町では、がん治療を受けている方やその家族の方へ、補正具の購入費を補助します。

### 補助対象者

- 補正具の購入日および申請日において、和木町に住民登録があるがん患者
- 申請しようとする補正具について他の助成を受けていない方

### 補助金について

下記の補正具の購入に対し、上限額まで補助します。補正具1種類につき、5年度当たり1回のみ対象となります。

| 補正具     | 上限額     |
|---------|---------|
| 乳房(右側)  | 20,000円 |
| 乳房(左側)  | 20,000円 |
| 頭髮(かつら) | 30,000円 |
| その他の補正具 | 20,000円 |

### 申請について

以下の書類を提出ください。

- ☐ 和木町がん患者補正具購入費補助金交付申請書
- ☐ 補正具の購入にかかる領収書の写し  
※購入にかかる送料等は補助対象外です。領収書の金額に含まれている場合は、それらの金額がわかる書類の写しも提出してください。  
※補正具を購入した日の翌日から1年を経過する日までの領収書が対象です。
- ☐ がん治療を証明する書類(①及び②)
  - ①がん治療に関する領収書の診療明細書
  - ②がん治療に関する説明書や診断書、入院や外来治療計画書、お薬手帳等のうち1点以上
- ☐ 他の助成の金額がわかる書類

問合せ先

和木町保健相談センター

TEL:0827-52-7290