

# 医療用ウィッグなど 購入費助成のご案内

古賀市では、がん患者さんの治療と就労や社会参加の両立を応援し、より良い療養生活となるようウィッグや補整具の購入費の一部を助成します。



## 申請期限

購入した日の翌日から起算して1年以内

## 助成対象者

\* 右記のすべてに該当する方

- ①古賀市内に住所を有する人（申請日時点）
- ②がんと診断され、がんの治療を受けた人、または現に受けている人
- ③世帯の市民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満の人
- ④本事業において補助金の交付を受けたことがない人  
また、他の同種の補助などを受けたことがない人

## 補助内容

補助対象は医療用ウィッグ等、補整具などとし、それぞれ1回まで

| 区分       | 用具              | 補助                                |
|----------|-----------------|-----------------------------------|
| 医療用ウィッグ等 | 医療用ウィッグ         | 購入額の合計の1/2<br>(千円未満切り捨て)<br>上限2万円 |
|          | 装着ネット           |                                   |
|          | 毛付き帽子           |                                   |
| 補整具等     | 補整パッド           | 購入額の合計の1/2<br>(千円未満切り捨て)<br>上限1万円 |
|          | 補整下着            |                                   |
|          | 専用入浴着           |                                   |
|          | 弾性着衣(弾性ストッキング他) |                                   |
|          | エピテーゼ(補整用人工物)   |                                   |

\* 購入の際に要した送料や振込手数料、本体価格に含まれない附属品やケア用品等は対象外です。

# 申請の手続き

申請書を（様式第1号）を作成し、添付書類を添えて、健康介護課まで持参又は郵送して下さい。

| 書類名                                         |                          | 注意事項など                                                                                                              |
|---------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 古賀市アピアランスケア推進事業<br>補助金交付申請書兼実績報告書<br>(兼請求書) |                          | 様式1号に記載。朱肉を使う印鑑をご利用ください。<br>裏面の同意書も記入して下さい。                                                                         |
| 添<br>付<br>書<br>類                            | 治療を証明する書類                | 診療明細書、治療方針計画書、<br>お薬手帳（抗がん剤名記載ページ）など                                                                                |
|                                             | 用具の購入に係る領収書<br>及び明細書(原本) | ○宛先（補助対象者）、購入日、購入金額、購入物・<br>金額の内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載さ<br>れているもの。<br>○領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、領収書<br>内訳内容が確認できる書類も提出して下さい。 |
|                                             | 申請者と補助対象者の<br>本人確認書の写し   | 運転免許証、健康保険証などの写し（コピー）                                                                                               |
|                                             | 振込先口座が確認できる<br>書類        | 銀行名、支店名、名義、口座番号が確認できるもの<br>（通帳など）の写し（コピー）<br>※振込口座は、補助対象者名義の口座に限ります。                                                |

■申請に必要な書類は、健康介護課で配布しています。  
また、古賀市ホームページから申請書類をダウンロードできます。  
「古賀市アピアランスケア事業」で検索してください。

古賀市 アピアランスケア事業

🔍



## ～注意事項～

- ①補助は対象者1人あたり1回限りです。
- ②ウィッグのみでなく、胸部補整用具も購入した、あるいは、ウィッグを複数購入したような場合は、1回にまとめて申請してください。
- ③他の法令等に基づく同種の助成を受けている人は対象となりません。
- ④転入により古賀市で課税状況を確認できない場合がありますので、転入された方は事前にご相談ください。

古賀市 健康介護課 健診指導係（平日8:30～17:00）  
〒811-3116  
古賀市庄205番地 サンコスモ古賀内  
TEL:092-942-1151