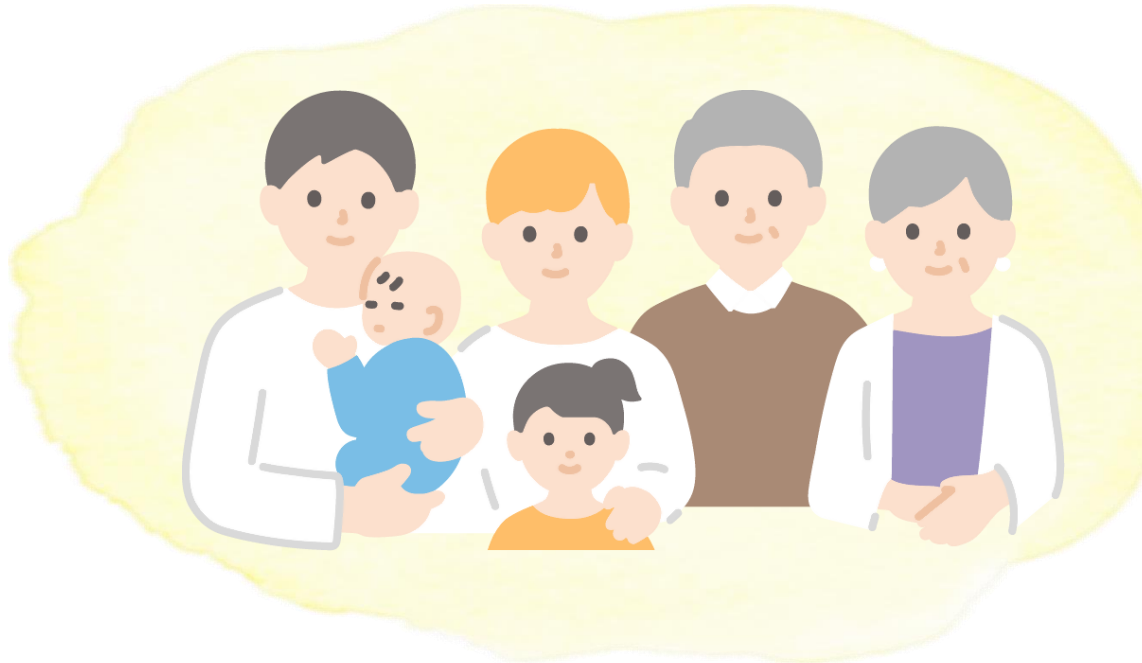


医療用ウィッグなど 購入費助成のご案内

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

購入した日が属する年度の末日

※末日が閉庁日の場合は、その直後の開庁日が申請期限です。

例) 購入日が令和6年8月20日 → 申請期限は令和7年3月31日

助成対象者

*右記のすべてに該当する方

- ・古賀市内に住所を有する人（申請日時点）
- ・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
- ・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
- ・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

補助対象

補助対象は医療用ウィッグ等、補整具などとし、補助対象事業（①、②）毎に1回まで

補助対象事業	補助対象	補助金額
① 医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	購入額の合計の1/2 (千円未満切り捨て) 上限2万円
	装着ネット	
	毛付き帽子	
② 補整具等	補整パッド	購入額の合計の1/2 (千円未満切り捨て) 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付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ください。

書類名		注意事項など
古賀市アピランスケア推進事業 補助金交付申請書兼実績報告書 (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。 裏面の同意書も記入してください。
添 付 書 類	治療を証明する書類の写し	診療明細書、治療方針計画書、 お薬手帳（抗がん剤名記載ページ）など
	補助対象を購入した領収書 の写し及び明細書の写し	○宛先（補助対象者）、購入日、購入金額、購入物・ 金額の内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載さ れているもの。 ○領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、領収書 内訳内容が確認できる書類も提出してください。
	申請者と補助対象者の 本人確認書類の写し	運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証など
	振込先口座が確認できる 書類の写し	銀行名、支店名、名義、口座番号が確認できるもの （通帳など） ※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、健康介護課にて配布しています。
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。
「古賀市アピランスケア推進事業」で検索してください。

古賀市 アピランスケア推進事業



～注意事項～

- ・補助は補助対象事業（①、②）毎に対象者1人あたり1回限りです。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
転入してきた人は事前にご相談ください。
- ・郵送での申請も可能です。

【お問い合わせ・送付先】

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