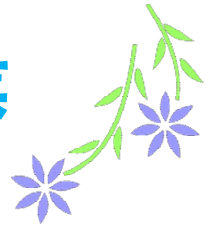


酒々井町 アピアランスケア助成事業 のご案内



がんの治療やその他の疾患のある方への経済的な負担の軽減と社会生活を支援するため、ウィッグ等の購入費用を助成します。

助成の対象となる方

次の1～4全てに該当する方

1. 酒々井町に住所のある方
2. 令和6年4月1日以降に抗がん剤治療等の副作用や先天的、事故、その他の病気により欠損した身体の見た目をカバーするためにウィッグ、乳房補整具、エピテーゼを購入した方
3. 他の助成制度等を受けていない方
4. 世帯全員が町税を滞納していない方

対象となるもの

- ウィッグ（毛付き帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含む。）
- 乳房補整具（補整下着及び補整パッド（乳房再建術で挿入するものを除く。））
- エピテーゼ（指、顔などの身体外表の欠損について、その欠損した部位を補うために身体に取り付ける物。）

※医療保険等が適応となる物、付属品及びクリーナー、リンス、ブラシその他のケア用品は対象外となります。

※令和6年4月1日以降に購入したものに限りです。

助成金額

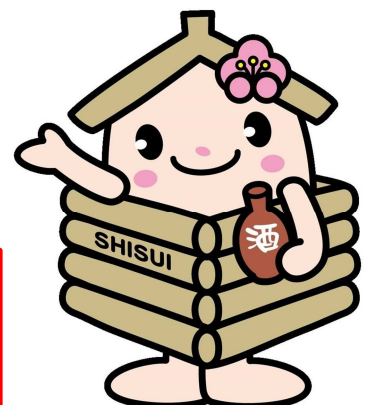
- ウィッグ 3万円
 - 乳房補整具 1万円
 - エピテーゼ 5万円
- ※1人につき、それぞれ1回まで

申請期限

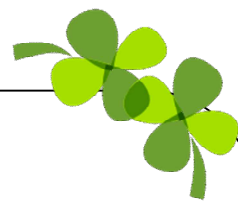
購入した日から1年以内

注意事項

- ※ 書類に不備があった場合や購入日から1年以上経過した場合は受付ができません。必要書類をご確認の上、余裕を持って申請してください。



申請の方法



1. ウィッグ等を購入する

必ず領収書を受け取ってください。(購入年月日、金額内訳、品名、領収書発行者の名称が記載されていることが必要です。)

2. 助成金の交付申請をする

以下の必要書類を保健センターへ提出してください。

- ①酒々井町アピアランスケア助成事業申請書兼請求書(別記第1号様式)
 - ②住民票の写し
 - ③治療方針計画書等、対象となることが確認できる書類の写し又は自己申告書(別記第2号様式)
 - ④納税証明書(未納がないことの証明書)
 - ⑤領収書(購入年月日、金額内訳、品名、領収書発行者が記載されていること)
 - ⑥振込みを希望する口座が確認できる書類の写し
- ※ ②、④については、町が確認することに同意いただける場合は不要です。
※ 様式については、町ホームページよりダウンロードできます。

3. 助成の決定・交付

申請内容の審査の後、酒々井町アピアランスケア助成事業決定(申請却下)通知書(別記第3号様式)を通知し、決定額を指定された口座に振り込みます。

Q&A

Q: いつ購入したものが申請できますか。

A: 令和6年4月1日以降に購入し、購入日から1年以内のもの
(例: 令和6年4月20日に購入した場合は令和7年4月20日までに申請する)

Q: ファッションウィッグを購入しましたが対象になりますか。

A: 病気や治療による脱毛のため必要となった場合は対象となります。

Q: インターネットで購入した場合も申請できますか。

A: 必要な事項が確認できる領収書があれば申請できます。領収書に購入年月日、金額内訳、品名、領収書発行者名が記載されていることをご確認ください。

Q: ポイントを使って購入しましたが、全額対象になりますか。

A: ポイントを利用した分については値引きと同等とし、助成の対象外となります。



お問い合わせ
酒々井町保健センター
☎043(496)0090