

助成金
上限2万円

明和町がん患者

ウィッグ等購入費 助成のご案内

がん患者の治療と社会参加を支援し、療養生活の質の維持・向上を図るため、がんの治療に伴う外見の変化を補完する補正具の購入費用の一部を助成します。

助成を受けられる方

下記のすべてに該当する方

- ✓ 申請時に明和町の住民登録がある方
- ✓ がんの治療を受けた方または、受けている方
- ✓ 補正具の購入が令和8年4月1日以降であり、かつ購入日から1年を経過していないこと

助成の対象品

- ウィッグ及び装着に必要な頭皮保護用ネット
- 補正下着、補正パッド等の乳房補正具
- 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。
- 乳がん用バストタイムカバー等

助成の額・回数

お一人につき 生涯一回限り
上限2万円まで

- 助成対象経費が2万円に満たない場合は、実額の助成になります。
- 上限額に達するまで複数回またはまとめたの申請が可能です。上限額を上回る購入費については本人負担となります。

※過去に明和町または他の地方公共団体が実施する事業による助成金を受けている場合、助成額を控除した額が助成の上限額となります。また、本事業の助成上限額を超えている場合は対象となりません。

※助成対象者が18歳未満の場合は保護者の方が申請をお願いします。



必要書類を住民
ほけん課へ提出



町が助成の可否
を決定し、交付
決定(却下)通知
を送付



交付が決定し
た方へ助成金
を振込

申請に必要な書類は裏面をご確認ください。

申請に必要な書類

①交付申請書兼請求書

住民ほけん課窓口にて配布、または明和町ホームページ掲載の「明和町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書」に必要事項を記入し、ご提出ください。

②購入したウィッグ等の領収書の写し

- ①宛名（本人または購入者の名前）
- ②購入日（発行日）
- ③購入金額
- ④助成対象の補正具であることがわかること
- ⑤金額の内訳
- ⑥領収書発行者の名称等記載があるもの
を添付してください。

領収書（例）	
①明和 太郎 様	②発行日 年 月 日
③¥〇〇〇〇〇	
④ただし、医療用ウィッグ代金として上記正に領収いたしました。	
⑤内訳 税抜金額¥〇〇〇〇〇 消費税額（10%）¥〇〇〇〇	⑥株式会社：〇〇〇〇 住所：〇〇〇〇 電話：〇〇〇〇



※レシートでは購入者が特定できないため、必ず領収書を添付してください。

※領収者名が本人以外の場合は、申請書の申請者欄に購入者の名前を記載し委任状を添付してください。
その場合、振込先は購入者の口座情報をご記入ください。

③がん治療を受けた、または受けていることがわかる書類

診療明細書、入院や外来治療計画書、がん医療連携クリティカルパス、お薬手帳等の写しをいずれか1点添付してください。

④助成対象者および申請者の本人確認書類（氏名・生年月日・住所を確認できるもの）

マイナンバーの記載がない住民票、マイナンバーカード（表面）、運転免許証の写し等をいずれか1点添付してください。

⑤口座情報のわかるもの（通帳等）

助成金のお振込み先を確認するため、金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義がわかる通帳等をお持ちください。

⑥委任状（助成対象者と申請者が異なる場合のみ）

住民ほけん課窓口にて配布、または明和町ホームページ掲出の「委任状」に必要事項を記入し、ご提出ください。

※任意の様式でも提出可能です。

※助成対象者が18歳未満の場合は不要です。申請は保護者の方が行ってください。

詳しくは明和町ホームページをご覧ください。
申請書・委任状もこちらよりダウンロードできます。

