

那賀町がん患者医療用補正具助成事業のご案内

那賀町では、がん罹患された方の心理的な負担の軽減と、治療や社会参加の促進及び生活の質の向上を支援するために、がん治療による外見の変化に対する医療用補正具等の購入費用の一部を助成します。

1. 助成対象者

以下の要件を全て満たす方

- (1)申請時に那賀町に住民登録がある方
- (2)がんと診断され、申請日において治療中又は、過去に治療を受けたことがある方
- (3)令和8年4月1日以降に、がんの治療に起因する外見の変化に対応するための医療用補正具を購入した方
- (4)過去に他の自治体を含め同種の助成等を受けていない方
- (5)申請日において町税や各種保険料、保育料等の滞納がない方

2. 対象となる補正具と助成金額

- ・各区分につき、1人1回限り(個数制限なし)
- ・助成金額は購入費用(消費税等含む)の2分の1(上限額3万円)
- ・医療保険適応のもの(弾性ストッキング等)、付属品、ケア用品、送料、手数料等は対象外

対象補正具	要 件	助成金額
医療用 ウィッグ等	脱毛に対する一時的に着用する医療用ウィッグ(装着時の皮膚保護用ネットを含む)、毛付き帽子	購入費用の 2分の1 (上限3万円)
胸部補正具	胸部補正下着、補正パット(シリコン製を含む)、人工乳房(直接肌に貼り付けて使用するもの)、専用入浴着等 ※再建術等により体内に埋め込まれたものは除く。	
エピテーゼ	乳房、顔などの身体外表に生じた欠損部位を補うための人工の装具 ※再建術等により体内に埋め込まれたものは除く	

3. 申請期限

購入日の翌日から1年以内(対象は令和8年4月1日以降)に購入した補正具

4. 申請方法・必要書類

(1)申請方法

必要書類を那賀町保健センター、または住民課、保健福祉子育て課、上那賀支所、木沢支所、木頭支所窓口へご提出ください。(様式は町のホームページからダウンロード可能です。)

(2)提出書類

- ① 那賀町がん患者医療用補正具助成事業助成金交付申請書(様式第1号)
- ② 補正具等の購入に係る領収書等の原本
- ③ がん治療を証明する書類の写し(治療方針計画書、診療明細書、診断書、お薬手帳等)
- ④ 本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)
- ⑤ 振込口座が確認できるものの写し
- ⑥ 委任状(様式第2号) ※代理人申請の場合のみ
- ⑦ 那賀町がん患者医療用補正具助成事業助成金交付請求書(様式第4号)

※未成年者の申請や代理人申請時の必要書類の詳細はお問い合わせください。



那賀町ホームページに掲載

お問い合わせ

那賀町保健センター

住所:〒771-5410 那賀郡那賀町大久保字大西3番地2

電話:0884-62-3892

FAX:0884-62-3893