

がん患者の皆様へ 医療用ウィッグ・乳房補正具等 の購入費用の一部を助成します

立山町と富山県では、がん患者の皆さんの就労や社会参加を支援するため、ウィッグと乳房補正具等の購入費用の一部を助成します。

■対象となる方 (1)～(4)のいずれも該当する方

- (1)申請日において1年以上立山町に住所を有する方
- (2)がん治療を受けている方又は受けた方
- (3)がん治療に伴う脱毛や乳房切除により補正具を購入した方
- (4)町税等の滞納がない方

R7.4月より
助成額を拡充します！

■対象補正具・助成金額（令和7年4月以降）

補正具の種類	購入金額	助成金の額
医療用ウィッグ (ウィッグ本体 (頭皮保護用 ネットを含む。))	40,000円未満	①と②の合計額 ①購入金額の2分の1(1,000円未満切り捨て) ② ①の額の2分の1
	40,000円～59,999円	購入金額の2分の1(1,000円未満切り捨て)に 10,000円を加算した額
	60,000円以上	40,000円
乳房補正具(補 正パットまたは 人工乳房(これ らを固定する下 着を含む。))	20,000円未満	①と②の合計額 ①購入金額の2分の1(1,000円未満切り捨て) ② ①の額の2分の1
	20,000円～39,999円	購入金額の2分の1(1,000円未満切り捨て)に 5,000円を加算した額
	40,000円以上	25,000円

- ・申請は各補正具、年度(4月1日～翌年3月31日)あたり1回を限度とします。
- ・申請期限は、補正具を購入した日から1年以内です。
- ・同種の他の助成金等の交付を受けている場合は、購入に要した費用からその助成金等を差し引いた額が対象経費となります。

■申請方法及び必要書類

「立山町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)」に必要事項を記入し、以下の書類を添えて立山町保健センターにご提出ください。

- ・補正具の購入に係る領収書の写し
- ・がん治療を受けた又は受けていることがわかる書類
(治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書など)
- ・振込先の口座情報が確認できるものの写し
(通帳やキャッシュカードの写し)
- ・本人確認ができるもの(免許証やマイナンバーカード等)
- ・同種の他の助成金を受けている方は、その交付額がわかる書類

■申請・問い合わせ先

〒930-0221 立山町前沢1169(立山町元気交流ステーション3階)
立山町保健センター TEL(076)463-0618(平日8:30～17:15)