

恵那市がん患者医療用補正具購入費助成金の 交付申請をされる方へ



公式キャラクターエーナ

【対象となる方】 下記のすべてを満たす方

- ① 申請時に恵那市の住民基本台帳に記載されている方
- ② がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けた方、又は現に受けている方
- ③ がんの治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、治療及び就労並びに社会参加の両立に支障が生じる、又は生じるおそれのある方
- ④ 都道府県及び他の市町村からウィッグ等の購入に関する助成を受けていない方

【助成内容】 補正具の種類ごとに1人1回限り

ウィッグ等の購入にかかった経費×1/2 と2万円のいずれか低い方
(千円未満の端数が出た場合は切り捨て)

申請はウィッグ等を購入した日の属する年度内（3月31日まで）に行ってください。年度末に申請された場合は、手続きが間に合わないことがあります。早めに申請してください。

申請に必要なもの

- ① 恵那市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書（様式第1号）
- ② 恵那市がん患者医療用補正具購入費助成金交付請求書（様式第4号）
- ③ 恵那市がん患者医療用補正具購入費の助成に関する確認事項
- ④ ウィッグ等の購入費用の額が確認できる領収書の写し
- ⑤ がんの治療を受けた、又は受けていることがわかる書類の写し（診療明細書がある方はお持ちください）
- ⑥ 振込先の通帳（申請者名義）の写し

※①②③の様式については市ウェブサイト及び健幸推進課にて入手できます。

申請先：恵那市役所健幸推進課（本庁西庁舎2階）

書類をそろえて提出ください
お越しになる前に一度お電話ください。

お問い合わせ
恵那市役所健幸推進課健康増進係
電話 0573-26-6822