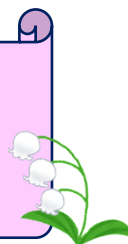


# 高千穂町 アピアランスケアサポート助成事業

がん患者の方の治療に伴う脱毛による精神的負担を軽減し  
治療や就労等の社会生活を支援するため  
医療用ウィッグの購入費用の一部を助成します



## ◆対象者（以下の全てに該当する方）

1. 申請日時時点で、高千穂町に住所を有する方
2. がんと診断され、がんの治療（薬物療法、放射線療法、手術等）を受けている  
又は受けた方で、抗がん剤等の副作用による脱毛症状に対応するためにウィッグを購入した方
3. 過去に同様の助成を受けたことがない方
4. 町税等の滞納がない方

## ◆助成対象品

令和6年4月1日以降に購入した医療用ウィッグ、装着時に皮膚を保護するネット  
（ただし、送料、代金決済手数料等の諸費用及び附属品、ケア用品、サイズ調整、  
カット代又はセットにかかる費用等は含みません）

## ◆助成金額

医療用ウィッグの購入額か2万円のいずれか低い額

## ◆申請期限

医療用ウィッグを購入した日から1年以内

## ◆助成回数

対象者1人につき1回限り、台数は1台に限ります



## ◆申請の流れ

- ① ウィッグの購入：領収書の保管をお願いします
- ② 申請手続き：必要書類を提出します（詳細は裏面をご確認ください）
- ③ 書類の審査：確認のため申請者にご連絡させていただく場合があります
- ④ 交付決定通知：助成が認められ、額が決定した後、通知します
- ⑤ 助成金の支払い：指定された口座に助成金をお振込みします

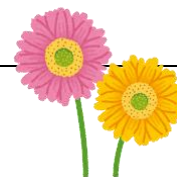
## ◆ 必要書類

下記の全ての提出が必要です。

申請書等は保健福祉総合センター窓口に設置しています。町ホームページからもダウンロードできます。

詳しくは、下記のお問い合わせ先にご連絡ください。

	書 類	内 容 ・ 注 意 点
1	申請書 町が定める様式	『高千穂町アピアランスケアサポート助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）』
2	治療を証明する書類（写し）	脱毛の副作用があるがんの治療を受けている又は受けたことを証明する書類（診療明細書、治療方針計画書等）
3	ウィッグ購入を証明する書類（写し）	商品名、金額、金額の明細、領収日、申請者の氏名、発行元の名称、住所が記載されたもの（領収書）
4	同意書 町が定める様式	（様式第2号）



（お問い合わせ・申請先）

保健福祉総合センター 事務係  
TEL：0982-73-1717

