

## 石巻市医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成事業

石巻市では、がん患者の治療と就労や社会参加の両立を支援し、療養生活の質の向上、経済的負担の軽減を図るため、医療用ウィッグ及び乳房補正具を使用する方に助成金を交付します。

対 象 者	<p>次の全てに該当する方を対象とします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 世帯の市民税（所得割課税年額）が304,200円未満で市内に住所を有する方</li> <li>2 がんと診断され、その治療を行っている方</li> <li>3 がん治療に伴い、ウィッグ又は乳房補正具が必要となる方</li> <li>4 市税に滞納のない方</li> <li>5 過去に他の都道府県及び市区町村において補正具等の購入に対する助成等を受けていない方</li> </ol>
助成対象	<p>令和7年4月1日以降に購入した医療用ウィッグ又は乳房補正具の購入費用 ※ 申請は1補正具につき1回です。</p>
助成金額	<p>・医療用ウィッグ 20,000円 ・乳房補正具（右側） 20,000円 ・乳房補正具（左側） 20,000円 ※ 金額は助成の上限金額です。 ※ 医療用ウィッグの付属品及びケア用品、乳房補正具の下着は助成の対象外です。</p>
申請期限	補正具を購入した日の属する年度の3月31日まで
申請場所	保健福祉部健康推進課又は各総合支所市民福祉課 ※ 郵送も可能です。
申請書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 交付申請書（様式第1号）</li> <li>2 補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類</li> <li>3 がん治療を受けていることを証する書類の写し又はがん治療受診証明書（様式第2号）</li> <li>4 照会同意書（様式第3号）</li> <li>5 振込先通帳の写し</li> </ol> <p>※ 交付申請書、がん治療受診証明書及び照会同意書は石巻市 HP からダウンロードできます。</p>
助 成 金 交付の流れ	助成金の交付決定後、指定の口座に振込みます。

問い合わせ先

〒986-8501 石巻市穀町14番1号

石巻市保健福祉部健康推進課

TEL0225-95-1111（内線2416・2418）