

板橋区がん患者アピアランスケア支援事業のご案内

～がん患者の方のウィッグ購入費等の一部を助成します～

助成の概要・目的

がん治療に伴う脱毛等により外見の変化に悩みを抱えている区民の方(性別を問いません)を対象に補整具(ウィッグ等)の購入又はレンタルにかかった費用の一部を助成します。それにより、がん治療を受けている区民の方の就労継続や社会参加等を支援します。

助成対象の方

下記のすべてに当てはまる方が対象になります

- 1 申請日時時点で板橋区に住民登録がある方
- 2 がんと診断され、その治療を行っている又は過去に行っていた方
- 3 がん治療に伴う脱毛、乳房の切除に伴い、下記「助成対象物品」を購入又はレンタルした方
- 4 他の法令等に基づく同種の助成等を受けていない方
- 5 過去にこの事業において助成金の交付を受けていない方

助成対象物品

- ・ ウィッグ(ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネット及び毛付き帽子を含む)ただし、ウィッグの保管、手入れ等に使用する用品を除く。
- ・ 胸部補整具(補整下着、補整用シリコンパッド等)

助成金額

助成対象物品の購入又はレンタルにかかった費用の合計金額上限3万円(税込)

1人につき1回限り合計2個まで(組み合わせは自由です)

2個までの合計金額が3万円(税込)に満たないときはその額

申請方法と申請期限

1 申請方法

板橋区女性健康支援センター（次のページ参照）に必要書類を郵送してください。
（簡易書留や特定記録郵便など、差出・配達証明される郵便をお勧めします。普通郵便不着事故等に関しては責任を負いかねます。）

2 申請期限

購入又はレンタルした領収日から1年以内（2個合算のときは最も古い日付から1年以内）

申請日は投函日ではなく、消印日となります。

申請に必要な書類

- 1 板橋区がん患者ウィッグ購入費等助成申請書兼請求書 注1
- 2 がんの治療を受けている（いた）ことを証明する書類のコピー 注2
- 3 助成対象物品の購入又はレンタルにかかった費用を支払ったことがわかる書類の原本（領収書など） 注3
令和5年4月1日以降に購入又はレンタルしたものが対象になります。

注1 申請書兼請求書付きご案内は、板橋区ホームページからダウンロードできます。

また、保健所1階板橋区女性健康支援センター、板橋・上板橋・赤塚・志村・高島平の各健康福祉センターの窓口でも配布しています。

注2 治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳などががんの治療を受けている（いた）ことが客観的に証明できる書類のコピー

注3 領収書は、あて名（氏名）、購入又はレンタルした日付、金額、物品名、領収書の発行者の所在地・名称がわかる書類で原本（領収書見本 参照）

申請手続きの注意事項

- 1 申請者（対象者が未成年のときは同一世帯の親権者）は、記入例をご一読の上、申請書兼請求書に自署してください。
- 2 消せるボールペン、鉛筆、修正液、修正テープは使用しないでください。
- 3 申請及び請求金額を修正するときは、二重線で全ケタを消したうえで朱肉を使う印鑑を押し、余白に正しい金額をご記入ください。
- 4 申請後、書類等の確認のため担当者からご連絡を差し上げる場合があります。平日昼間の時間帯でご連絡が取れる携帯電話等の電話番号をご記入ください。

助成決定通知と助成金の支給

助成決定は「板橋区がん患者ウィッグ購入費等助成交付決定通知書」を申請者に郵送しお知らせします。助成金をご指定の口座に振り込みます。（申請から振込までおおむね3か月くらいかかります。）

領収書見本

個人間の取引は対象外です。

申請期限はこの日の翌日から1年以内です。
令和5年4月1日以降の購入分が対象です。

申請者のフルネーム

領収書 令和〇年〇月〇日

●● ■■様

¥55,630-

収入印紙 印

ただし、ウィッグ及びウィッグ装着用ネット購入代金として

〇〇区△△町1-2

☎03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(株)〇〇〇〇 店長□□ □□ 印

購入金額が5万円以上の場合、収入印紙が必要です。
※クレジットカード払いの場合、収入印紙は不要ですが、その旨の記載が必要です。

発行者の名称及び所在地
※個人間の取引は対象外となります。

《申請書類郵送先及び問い合わせ先》

郵送先

〒173-0014 板橋区大山東町 32-15 板橋区保健所 1階

女性健康支援センター（ウィッグ購入費等助成申請書在中）

問い合わせ先 女性健康支援センター 電話 03-3579-2306