

がん治療に伴う

外見ケアを支援します

北広島町

北広島町では、がん患者さんがん治療に伴う心理的負担を軽減するとともに、社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図ることを目的として、ウィッグや補整具等の購入費用の一部を支援します。



北広島町 アピアランスケア支援事業

対象者

右記全てに
当てはまる方

- ①北広島町内に住所を有し、居住実態のある方
- ②がんと診断され、がん治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた方、又は現にがん治療を受けている方で、下記対象用具を購入した方
※ウィッグ等助成:「広島県ウィッグ購入費助成事業」の交付決定を受けた方
- ③町民税等を滞納していない方

対象用具

- ①ウィッグ等：全頭用ウィッグ、装着用ネット
- ②補整具等：補整下着、補整パッド、専用入浴着、弾性着衣（弾性スリーブ、弾性ストッキング、弾性グローブ）、エピテーゼ（補整用人工物）

申請期限

対象用具購入日から1年以内

助成金額

- ①ウィッグ等 対象用具購入費用合計額から県助成額を除した額の1/2
上限3万円（税込）千円未満の端数切捨
- ②補整具等 対象用具購入費用合計額の1/2
上限2万円（税込）千円未満の端数切捨

助成回数

1人につき対象用具①・②の区分ごとに1回限り
※異なる部位のがんに罹患した場合はこの限りではありません

提出書類

申請書、本人確認書類、がん治療が確認できる書類、対象用具にかかる領収書及び明細書
※ウィッグ等については広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書（写し）
※代理人の方が申請される場合は、委任状と代理人の身分証明書

お気軽にお問合せください。

北広島町役場 町民保健課 健康増進係

〒731-1595 広島県山県郡北広島町有田1234

TEL 0826-72-7353

FAX 0826-72-5242

