

がん患者の皆様へ

医療用ウィッグ・乳房補正具等 の購入費用を助成します

氷見市と富山県では、がん患者の皆さんのがん治療による就労や社会参加を支援するため、
ウィッグと乳房補正具等の購入費用の一部を助成します。

■対象となる方

- 申請日において、氷見市内に住所を有する方
- がん治療を受けている方または受けた方
- がん治療に伴う脱毛や乳房切除により補正具を購入した方
- 本人及び同一世帯家族に市税等の滞納がない方

令和6年10月より
県の助成金額が
上乗せされました！

■対象補正具・助成額（令和6年10月以降の県の上乗せ分を含んだ額）

補正具	購入金額	助成金額
ウィッグ	40,000円未満	(1)と(2)の合計額 (1) 購入金額の2分の1 (1,000円未満は切捨て) (2) (1)の額の2分の1
	40,000円～59,999円	購入金額の2分の1 (1,000円未満は切捨て) に10,000円を加算した額
	60,000円以上	40,000円
乳房補正具	20,000円未満	(1)と(2)の合計額 (1) 購入金額の2分の1 (1,000円未満は切捨て) (2) (1)の額の2分の1
	20,000円～39,999円	購入金額の2分の1 (1,000円未満は切捨て) に5,000円を加算した額
	40,000円以上	25,000円

■申請方法及び必要書類

- 氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書（必要事項を記入してください）
- がん治療を受けたまたは受けていること及びがん治療に伴い脱毛または乳房を切除したことがわかる書類
(化学療法または手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など)
- 補正具の購入にかかる領収書等
(購入者氏名、購入日、購入金額、品名、金額の内訳の記載のあるもの)
- 振込先の口座情報が確認できるものの写し
(申請者名義の通帳やキャッシュカードの写し)

■申請期限及び助成回数

- 補正具を購入した日の翌日から1年以内
(例：4月1日に購入した場合は翌年4月1日まで申請可能)
購入した日は領収日とします。(クレジットカード払いの場合は利用明細書の利用日)
- 助成は各補正具1年度（4月1日～翌年3月31日）あたり1回を限度とします。

■申請・問い合わせ先

〒935-0011 氷見市中央町12番21号
氷見市健康課 TEL：0766-74-8414



氷見市

