

# 平成30年度がん患者さん対象 ウィッグ購入費用助成のご案内



つながる想いinかごしま実行委員会では、がん患者さんへの支援のひとつとして、治療によるウィッグ（かつら）の購入経費の一部を助成致します。

■ 募集期間 平成30年6月1日～平成31年3月31日

## ■ 助成を受けることができる方

○申請日時時点で、鹿児島県に住民票がある方

○抗がん剤治療等の副作用による脱毛に対処するために、ウィッグを購入した方

## ■ 助成対象経費

助成の対象となるのは、購入日から1年以内に申請したウィッグ購入費用です。  
店舗（通販も含む）にて購入したものに限りです。

## ■ 助成金額

10,000円（購入金額が1万円に満たない場合は、実際の購入金額となります※申請は対象者1人につき、1回限りとなります。）

## ■ 申請方法について

「つながる想いがん基金・ウィッグ購入費用助成申請書」に必要事項を記入し、領収書等のコピー、治療を証明する書類のコピーを添えて、申込先まで郵送でお送りください。

【必要書類】①つながる想いがん基金・ウィッグ購入費用助成申請書②ウィッグを購入したことがわかる領収書等のコピー③治療を証明する書類のコピー（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）

※2018年6月1日から受付開始。毎月5日までに申請をください。審査結果は、月末までに追ってご連絡致します。先着50名の助成となりますのでお断りすることもございますので不明な点はご連絡ください。

### 【申し込み先】

鹿児島市下伊敷3-1-7鹿児島県民総合保健センター2F

NPO法人がんサポートかごしま内 つながる想いinかごしま実行委員会

電話：099-220-1888 メール：tunagaru@circus.ocn.ne.jp

つながる想いがん基金・ウィッグ購入費用助成申請書

年 月 日

つながる想い in かがしま実行委員会  
 実行委員長 宛

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 ※1 (助成対象者との続柄) \_\_\_\_\_  
 電 話 ( ) \_\_\_\_\_

ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので申請します。

対象 (児) 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____		
がんの治療状況		医療機関名	主治医名	治療方法 手術・放射線・薬剤 その他 ( )
がん治療を受けている ことを証する書類		・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲んでください。		
ウィッグが必要な理由				
購入したウィッグ		購 入 年 月 日	購 入 価 額	
		年 月 日	円	
他の公的助成金受給の 有無		有 (助成額: _____ 円) ・ 無		
助成金申請金額		※10,000円又は購入額の低い方 円		

※2 振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口 座 番 号
	口座名義人 (フリガナ)		

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は申請者の口座になります。