

がん患者のアピアランスサポート事業

対象者

次の要件にすべて該当する方

- ①申請日において、高島市の住民基本台帳に住民登録がある方
- ②がんの治療に伴う脱毛、手術による乳房切除に対処するために補整用具を必要とする方
- ③市税および国民健康保険税を滞納していない世帯に属している方

助成対象補整具

- ・医療用等ウィッグ及び帽子
- ・乳房補装具（補整下着、シリコンパット等の胸部補整具、人工乳房）

助成額

補整用具の購入額（上限10,000円）

届出期間

補整用具を購入した翌日から1年以内

届出場所

健康推進課

提出書類

- ①助成金交付申請書（様式第1号） → 市ホームページからダウンロードできます
- ②請求書（様式第4号）
- ③がん治療を受けている、または受けていたことを証する書類、ウィッグおよび帽子の場合は、脱毛の副作用がある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、治療方針計画書等）
- ④購入年月日および購入経費の明細を証する書類の原本（領収書等）
- ⑤振込先口座の通帳の写し
- ⑥印鑑



がん検診等費用の免除

対象者

- ①生活保護世帯の方
 - ②住民税非課税世帯の方
- 高島市へ転入された方は、非課税証明書の添付をお願いすることがあります

申請期限

がん検診等受診日の2週間前まで

申請場所

健康推進課、各支所



Webからの申請はこちら



骨髄移植ドナー支援事業

ドナーに対する助成

骨髄等の提供にかかる通院、入院および面談等に要した日数に対し、7日間を限度に1日2万円を助成します。

事業所に対する助成

助成対象ドナーが骨髄等の提供のための特別休暇（ドナー休暇）を利用して、骨髄等の提供にかかる通院等に要した日数に対し、7日間を限度に1日1万円を助成します。

詳細や申請の方法はこちら

