

白井市 がん患者 アピアランスケア助成事業のご案内



がん患者の方が安心して社会生活を継続していけるよう、治療による外見の変化を補うための医療用ウィッグ等の購入またはレンタル費用の一部を助成します。

対象となる方（1～3の全てに当てはまる方）

- 1 申請日の時点で、白井市に住民登録がある方
- 2 がんの治療を受けた方、または現在治療中の方で、治療に伴う外見の変化を補うために医療用ウィッグ等が必要である方
- 3 他市町村等で実施する類似の助成を受けていない方

対象となるもの（いずれも付属品・ケア用品は対象外です。）

医療用ウィッグ

- ・ウィッグ、帽子等
- ・ウィッグ装着時に必要なネット、インナーキャップ
- ・部分用ウィッグ（ヘアピース）

胸部補整具

- ・胸部補整具
- ・補整下着
- ・ノンワイヤーソフトブラ
- ・補整用シリコンパッド
- ・人工ニップル

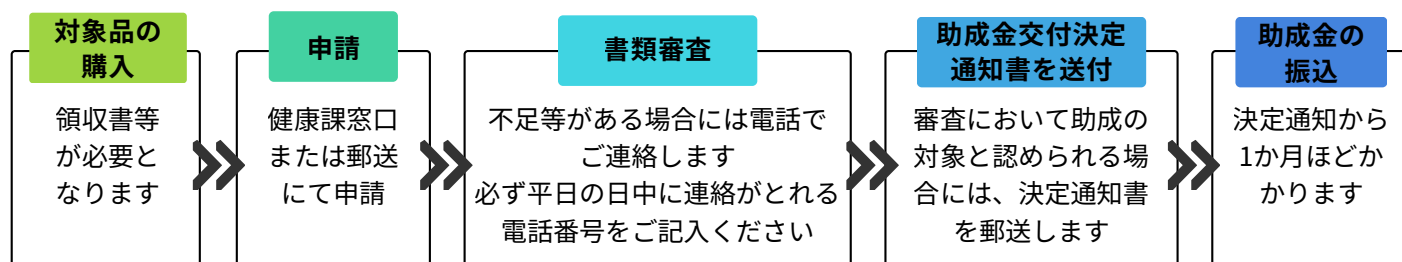
エピテーゼ

- ・乳房、乳頭、顔、指、鼻、耳等
- ・その他エピテーゼに類するもの

助成金額

購入またはレンタル費用の1/2（補助対象者1人につき上限5万円）
18歳到達年度までは毎年度上限5万円

申請から助成までの流れ



申請期限

対象品を購入またはレンタルを開始した日の翌日から1年以内

申請書類の詳細は裏面をご覧ください

申請に必要な書類

1

助成金交付申請書

市ホームページよりダウンロード可能です。



2

がんの治療を受けている/受けていたことを証明する書類

医療機関が発行した、がん治療に関する説明書・診断書・治療計画書・治療同意書・お薬手帳などの写し等

※対象者氏名、治療年月日、医療機関名、医師名が分かるもの（複数提示可）

※胸部補整具・エピテーゼは、手術をしたことが分かる書類が必要です。

3

購入及びレンタルの品目とその費用がわかる書類

購入：①及び③、レンタル：②及び③が必要です

①領収書の原本

※申請者氏名、購入日、購入金額（複数の場合は内訳）、購入品目、領収書、発行者の名称、所在地

②レンタルの契約書（写し）

③購入やレンタルした品物のカタログ、品番、メーカーなどが分かるもの

4

振込口座が確認できる書類（通帳のコピーなど）

口座名義人、銀行名、支店名、口座番号がわかるもの

原則として、振込先は申請者本人の口座としてください。

Q&A

質問（Q）	回答（A）
助成対象品は、がんの種類や部位で限られますか。	いいえ。がん治療における外見の変化を補うためのウィッグ・胸部補整具であれば、がんの種類は問いません。
「医療用」と明記されていないものも申請できますか。	できます。ウィッグ・胸部補整具ともに医療用の明記がなくても、がん治療に伴う脱毛への対応や胸部補整を目的として購入したものであれば、対象になります。
申請する金額は消費税込みですか。	はい。消費税込みの金額で申請してください。また送料・手数料は助成対象にはなりません。（クーポン・ポイント使用による値引きは助成対象外です。）

申請・問い合わせ先

〒270-1492 白井市復1123
保健福祉センター内 健康課保健予防係
☎047-497-3495 月～金（祝日は除く）

〈白井市ホームページ〉

申請に必要な書類はこちらからダウンロードできます。

