

# がん患者の アピアランスケア用品購入費補助 ～ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼ購入～

がんになっても自分らしく生きることができる社会の実現に向け、がん治療と就労や社会参加の両立及び補整具購入に伴う経済的負担の軽減を図るため、がん治療を行う者に対し、アピアランスケア用品の購入費用を補助します。

## 【対象者】

次のすべてに該当する方

- (1) 豊川市内に住所を有する者
- (2) がんと診断され、その治療を受けた、又は現に受けている者
- (3) がん治療に起因する脱毛又は外科的治療等による乳房の変形、顔面（眼、耳等）や手指等の欠損に対する補整具を購入していること
- (4) 他の制度、又は過去に本事業及び県内市町村から、同種の補整具購入費用の補助を受けていないこと

## 【補助対象品】

- (1) ウィッグ（全頭用・部分用、頭皮保護用ネットを含む）
- (2) 乳房補整具（補整下着、補正パット、または人工乳房、それらを固定する下着を含む）
- (3) エピテーゼ（顔面〈眼や耳等〉、手指等の欠損による外見の変化を補う人工の装具。ただし人工乳房を除く）

※ 購入から1年以内が対象。ただし、エピテーゼは令和8年4月1日以降に購入したものに限り。

## 【補助金額】

ウィッグ、乳房補整具、エピテーゼのそれぞれにおいて上限20,000円

（購入金額の1/2の金額）

※ 補助回数はそれぞれ1人1回限り

## 【申請方法・持ち物】

対象者が健康推進課へ下記書類を提出

- (1) 豊川市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書（様式第1号）
- (2) がんと診断され、その治療を証明する書類の写し（治療方針計画書・手術同意書等）

※ウィッグの場合

ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの

※乳房補整具の場合

ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの

※エピテーゼの場合

ご本人名・眼や耳、手指等の欠損原因の治療内容・医療機関名が記載されているもの

- (3) アピアランスケア用品を購入した詳細（購入用品・金額等）が分かるレシートまたは領収書（原本）

※対象者または申請者の氏名（フルネーム）、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。

※メンテナンス用品等対象外のものが含まれている場合は補助対象品の金額がわかる内訳やカタログ等を添付してください。

- (4) 購入用品・金額が明記されているカタログ等（写し）

- (5) 委任状 ※対象者以外が申請する場合

- (6) 本人確認ができるもの（免許証・マイナンバーカード等）※その場で確認するため。写しの提出不要。

- (7) 振込先の通帳 ※その場で確認するため。写しの提出不要。

【お問合せ】豊川市健康推進課 健康管理係

<R8.7.26まで> 豊川市萩山町3丁目77番地の1・7番地

<R8.7.27から> 豊川市白鳥町兎足1番地の5

T E L : 0533-95-4802 F A X : 0533-89-5960

# 記入例

様式第1号（第5条関係）

豊川市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

令和 8年 7月 1日

豊川市

原則対象者本人の申請ですが、代理で申請する場合は委任状が必要です。未成年はその保護者（証明の提示必要）が申請者です。

申請者 **豊川市萩山町3丁目77番地1**

氏名（自署）**豊川 花子**

対象者との続柄（ **本人** ）

日中つながりやすい電話番号を記入してください。

電話番号（ **0533-89-0610** ）

申請者確認（免許書・マイナンバー・その他）

対象者	ふりがな		生年月日	(T・S・H・R)
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		<b>43年 3月 21日</b>
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名	<b>豊川市民病院</b>	乳房補正具・エピテーゼの場合	
	疾患名	<b>乳がん</b>	ウィッグの場合で該当する方法	
	治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術・放射線・ <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤・その他（ ）		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬手帳</li> <li><input checked="" type="checkbox"/>治療方針計画書</li> <li>同意書</li> <li>その他（ ）</li> </ul> ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補正具	エピテーゼ
	補整具について他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	購入年月日（領収書の日付）	<b>令和 8年 4月 10日</b>	<b>令和 7年 9月 16日</b>	<b>令和 8年 4月 1日</b>
	領収書の名前及び本人との続柄	<b>豊川 花子</b> (続柄 本人)	<b>豊川 花子</b> (続柄 本人)	<b>豊川 花子</b> (続柄 本人)
	購入費用（税込）	① <b>89,110 円</b>	② <b>10,100 円</b>	③ <b>100,110 円</b>
補助対象額	③ (①の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) <b>20,000 円</b>	④ (②の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) <b>5,050 円</b>	④ (②の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) <b>20,000 円</b>	
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			<b>45,050 円</b>	

(豊川市記載欄)	
補助決定金額	円

振込先	金融機関名	<b>〇〇銀行</b>	本・支店名	<b>豊川 本店・<input checked="" type="checkbox"/>支店</b>
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	口座番号	<b>12345678</b>
	口座名義人フリガナ	<b>トヨカワ ハナコ</b>		

申請者名義の振込口座を記入してください。

様式第1号（第5条関係）

豊川市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

豊川市長 殿

申請者 住所

氏名（自署）

対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

申請者確認（免許書・マイナンバー・その他）

対象者	ふりがな		生年月日	(T・S・H・R)		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
がんの治療状況		医療機関名				
		疾患名				
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）			
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形、顔面（眼や耳等）や手指等の欠損を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。				
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ		
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄 )	(続柄 )	(続柄 )		
	購入費用(税込)	① 円	② 円	③ 円		
	補助対象額	④ (①の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 円	⑤ (①の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 円	⑥ (①の1/2で上限20,000円。1円未満は切り捨て) 円		
補助金交付申請額(④と⑤と⑥の合計額を記入してください。)			円			

(豊川市記載欄)	
補助決定金額	円

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

豊川市アピアランスケア支援事業実施要領 Q&A

(R8.7.1 更新)

質 問	回 答
医療用ウィッグについて、補助対象となるものは何ですか。	<p>全頭用・部分用ウィッグが対象となります。また、ウィッグと同時に申請する場合のみ、頭皮保護用ネットも対象とします。頭皮保護用ネットのみ、毛付き帽子、くしやクリーナー等の付属品は対象となりません。</p> <p>※対象外となる毛付き帽子は、帽子の裾に毛が付いているもので、頭皮にふれる部分が帽子素材でできており、その全面に毛がついているものは全頭用ウィッグと見なします。</p>
乳房補整具について、補助対象となるものは何ですか。	<p>補整下着（補整パッドと下着が一体になったもの）、補整パッド、人工乳房（肌に直接接着させて使うもの）が対象となります。</p> <p>補整パッド又は人工乳房を固定するために購入した補整機能のない下着（市販されている一般的な下着を含む）は、補整パッド又は人工乳房と共に補助申請をする場合のみ対象とします。</p>
エピテーゼについて、補助対象となるものは何ですか。	<p>人工物による、顔面（眼、耳等）や手指等が対象となります。なお、従来から補助対象としている人工乳房は、乳房補整具として対象となります。</p>
補助対象となる補整具は、1人1つですか？	<p>いいえ。購入される個数は問いませんので、複数でも対象となります。ただし、申請は1回にまとめて合計額で申請してください。また、いずれの補整具についても申請期限内にあることが必要です。</p>
過去にウィッグで補助を受けました。今回乳房補整具で補助をうけられますか。	<p>可能です。医療用ウィッグ、乳房補整具、エピテーゼでそれぞれ1回申請ができます。</p>
代理申請は可能ですか。	<p>原則として対象者となりますが、やむを得ない理由で対象者以外が申請をする場合は、委任状が必要になります。ただし、未成年にあたっては、申請者はその保護者です。保護者の証し分かる証明書等の提示を求めます。</p>
領収書にはどのような記載が必要ですか。	<p>対象者または申請者の氏名（フルネーム）、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載が必要です。</p>